

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
FACULDADE DE DIREITO

ÂNGELA BARATTO VICENZI

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: O QUE É, QUEM SOFRE E QUAL A
SUA REGULAMENTAÇÃO**

CURITIBA

2018

ÂNGELA BARATTO VICENZI

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: O QUE É, QUEM SOFRE E QUAL A
SUA REGULAMENTAÇÃO**

Monografia apresentada como requisito parcial à
conclusão do Curso de Direito, da Faculdade de
Direito, Setor de Ciências Jurídicas, da
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof. Dra. Priscilla Placha Sá

CURITIBA

2018

Para todas as mulheres que, assim como minha mãe, abdicaram de si mesmas, de suas dores, de sua autoestima, de seus pequenos prazeres, para garantir melhores condições aos seus filhos. Obrigada por ser calma enquanto eu era tempestade.

AGRADECIMENTOS

Acredito que nunca terei palavras suficientes para agradecer por tudo e a todos que gostaria, mas tentarei fazê-lo da maneira mais verossimilhante possível.

Em primeiro lugar, agradeço imensamente à minha orientadora, Prof^ª Dra. Priscilla Placha Sá, pelas sugestões e apontamentos sempre certos, pela paciência com as incompletudes frequentes dos meus textos e por ser sempre uma inspiração às suas alunas.

Sou muito grata à minha família, por ter abdicado da casa dos sonhos e da vida pacata para que eu tivesse melhores oportunidades de estudo e de trabalho. Esta base foi crucial para que eu entrasse em uma Universidade Pública e continua sendo agora, momento em que saio dela.

Tenho um apreço especial pelas condutas de minha mãe, Marilsa, que foram desde o financiamento para congressos interestaduais (principalmente aquele que foi grande divisor de águas na definição do tema desta pesquisa) até o suco levado até o quarto, enquanto eu produzia freneticamente este trabalho, quase sempre com o prazo apertado. Muito obrigada! Amo-te mais do que cabe em mim!

Obrigada ao meu querido irmão, Rafael, com seus conselhos ímpares sobre a vida e com uma trajetória e determinação admiráveis, que sempre reacendem minhas esperanças quando elas se apagam.

Por fim, agradeço às minhas queridas amigas e amigos por todo o suporte, especialmente à Luiza, que me ajudou com a tradução do resumo e que me ajudou a conter o estresse nos momentos de maior tensão. Obrigada pelos abraços nas manhãs nubladas, pelo compartilhamento de materiais, pelos avisos de prazos e pela ajuda com as burocracias da faculdade. Posso parecer distante, mas não terminaria este trabalho sem vocês.

*Ela chegou com um olhar estranho e disse que seria naquele dia. Eu me lembro dela
dizendo: ‘acho que é hoje’. (marido)*
Eu segurei minha filha com minhas mãos assim que ela nascia. Eu participei do parto.
(marido)
Eu sabia que podia parir. Nós sabíamos que tudo daria certo. E ficamos tranquilos.
(Ana) (notas de campo, abr. 2008, apud, CARNEIRO, p. 109).

RESUMO

O presente estudo tem como objeto o atendimento ao parto dado no Brasil legislativamente, juridicamente e na prática, através do atendimento de saúde utilizado no país. Visa-se obter um panorama geral da violência obstétrica. Para tanto, prioriza-se uma análise documental do cenário nacional, por meio da revisão de estudos realizados até o momento, de leis e projetos propostos e do breve estudo de casos, que ilustram a questão enquanto violência de gênero. Aborda-se o histórico da atenção à saúde da mulher, principalmente a partir do século XIX, para fins de localização da temática. Finalmente, analisa-se o resultado de três grandes estudos realizados entre 2010 e 2012, delineando a violência obstétrica enquanto questão merecedora de maiores atenções. O segundo capítulo debruça-se sobre a descrição de casos. Apresentam-se dados sobre a natalidade brasileira, que abriram caminho aos programas de controle de natalidade – que levou à observação do uso da esterilização enquanto método contraceptivo – levando à CPI da esterilização, realizada em 1991. Após, examina-se o controle de natalidade proposto em Porto Alegre - RS, no ano de 2006. Por fim, é exposta a sentença de uma ação civil pública, que resultou na esterilização compulsória de uma mulher no ano de 2017. Feita a análise individual de cada situação, observam-se, no terceiro capítulo, as construções legislativas e jurisprudenciais sobre a violência obstétrica, passando brevemente pelo estudo comparado da legislação da Venezuela e da Argentina, e do desenvolvimento do Observatório de Violência Obstétrica do Chile. Avaliando as peculiaridades brasileiras, verifica-se a justificada necessidade da busca por alternativas ao parto, tornando-o mais humanizado e menos medicalizado. Conclui-se, assim, pela urgente necessidade de reestruturação da atenção ao parto através de mudanças na relação médico-paciente, na legislação atinente e no olhar jurisprudencial sobre a questão, dando-lhe o necessário tratamento preciso.

Palavras-chave: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. PARTO. HUMANIZAÇÃO. MULHER. MEDICALIZAÇÃO.

ABSTRACT

This study is about the assistance given to delivery in Brazil, focused on the law and in legal practice, through the medical assistance in the country. The purpose is to obtain a general view over obstetric violence. For such, the documental analysis of the national scenario is prioritized, through the revision of studies developed in the area up until this moment, the analysis of laws and proposed legislative projects and the study of concrete cases, that may illustrate the discussion about the gender violence perpetrated. The history of the health treatment given to women is studied from the 19th century, to establish a historical ground. Finally, the results of three grand studies from 2010 to 2012, which outlined the obstetric violence as an important question, are analyzed. The second chapter elaborates a brief description of cases. Presenting data about Brazilian natality that made way to natality control programs – which, by its turn, has brought the observation about the sterilization as a contraceptive method – leading to the sterilization CPI (Parliamentary Inquiry Commission) from 1991. In sequence, it is studied the control of natality proposed in Porto Alegre – RS, in 2006. Finally, the sentence of a public civil process is exposed, for it resulted to the compulsory sterilization of a woman in 2017. From the individual analysis of each situation, it is possible to observe, in the third chapter, the legal and jurisprudential constructions about obstetric violence, a brief study of the law in Venezuela and Argentina is comprehended, as well as the development of Chile's Obstetric Violence Observatory. As the particularities of Brazil in the matter are evaluated, the need of the search for alternatives to birth sections, making it more humane and less “medicalized”. It is concluded, thus, for the urgent need to restructure the attention given to delivery and birth through changes in the relation physician-patient, in the laws particular to obstetric violence and birth, and in the court acting over the matter, to ensure the precise treatment.

Key-words: OBSTETRIC VIOLENCE. BIRTH. HUMANIZATION. WOMEN. MEDICALIZATION.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. O QUE É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?	13
2.1 O SABER MÉDICO	14
2.2 MULHERES BRASILEIRAS E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICO E PRIVADO.....	19
2.3 NASCER NO BRASIL.....	20
2.4 PARIRÁS COM DOR.....	23
3. ESTUDO DE CASOS BRASILEIROS	28
3.1 A CPI DA ESTERILIZAÇÃO	31
3.2 A VOLTA DO CONTROLE DA NATALIDADE	37
3.3 SÓ JANAINA NÃO VIU	38
3.3.1 Desembargador Paulo Dimas Mascaretti (relator)	40
3.3.2 Desembargador Leonel Costa	42
3.3.3 Desembargador Bandeira Lins	44
4 O SABER JURÍDICO SOBRE O TEMA.....	45
4.1 LEIS VIGENTES E PROJETOS EM TRAMITAÇÃO	45
4.2 PREVISÃO NO DIREITO COMPARADO.....	53
4.3 UM RÁPIDO OLHAR SOBRE A JURISPRUDÊNCIA BRASILEIRA	57
5 CONCLUSÃO	61
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
7 ANEXOS	72

1. INTRODUÇÃO

Durante a Primeira Guerra Mundial, com a maciça convocação e mobilização masculina para os *fronts* de batalha, as mulheres, que há meio século vinham conquistando pequenos espaços no mercado de trabalho, viram-se empurradas para fora do âmbito familiar em direção às grandes fábricas da época. Como não existiam homens suficientes para a manutenção do provimento familiar, coube às mulheres este encargo¹.

De lá para cá, o sexo feminino vem ganhando espaço no mercado de trabalho, tanto em campos intelectuais, quanto em áreas de serviço bruto, que exijam maior condicionamento físico. No entanto, nota-se que o reconhecimento da mulher enquanto igual ao homem não alcançou salários igualitários ou mecanismos jurídicos de proteção de seu maior bem jurídico: a vida.

Assim, torna-se necessário entender que dispositivos legislativos destinados à proteção praticamente exclusiva da mulher são necessários para sua equiparação ao homem em relação à sua dignidade. Deste modo, surgiram leis como a nº 11.340², de 7 de agosto de 2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, e a lei nº 13.104³, de 9 de março de 2015, que trouxe a previsão do feminicídio ao artigo nº 121 do Código Penal Brasileiro.

Nesta mesma toada, tornou-se necessário distinguir aquela violência desferida à gestante e seus familiares durante o atendimento pré-natal e do parto ou aborto, da lesão corporal, visto que tal enquadramento invisibiliza a situação e atrasa as medidas necessárias para coibi-la.

A violência obstétrica, caracterizada por condutas vexatórias e lesivas, física e psicologicamente, tem ganhado visibilidade no Brasil nos últimos anos, através de relatos *on-line*. Destarte, tornou-se inevitável questionar o saber e a prática médica, colocando-se em xeque as decisões desses profissionais, antes inquestionáveis. O instituto da lesão

¹ HOBBSAWM, Eric. **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991**. Tradução Marcos Santarrita; revisão técnica Maria Célia Paoli. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

² BRASIL. Lei nº 11340, de 07 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm>. Acesso em: 08 jul. 2018.

³ BRASIL. Lei nº 13.104, de 09 de março de 2015. Brasília, DF. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm>. Acesso em: 08 jul. 2018.

corporal passa a ser insuficiente para abarcar tal situação, com todas as suas sutilezas e meandros, de modo que novos mecanismos jurídicos se tornam necessários.

Diante disso surgem estudos e inquéritos sobre a violência obstétrica, assim como a figura da doula, como ponte comunicativa entre a equipe de atendimento hospitalar e a paciente, ressurgem a discussão de abertura de cursos de obstetrícia, como aquele existente na USP desde 2005⁴, bem como a regulamentação da profissão, culminando com projetos legislativos, como o sancionado em Santa Catarina, em janeiro de 2017⁵, e aquele em tramitação na câmara dos deputados, desde 13 de junho de 2017, proposto pela deputada Maria do Socorro Jô Moraes⁶, do PCdoB de Minas Gerais, após sua discussão ser anexada ao projeto de lei nº 7.633⁷, de 29 de maio de 2014, proposto pelo deputado Jean Willis, do PSOL do Rio de Janeiro, visando a humanização do parto.

Portanto, necessário se faz estudar tais projetos legislativos, analisando o que deu certo, o que pode ser melhorado, o que pode ser alterado após a sua aprovação e os impactos disso na relação médico-paciente na hora do parto, bem como a inserção de novos personagens num momento tão singular para a parturiente.

A violência obstétrica integra o grande universo da violência contra a mulher. Esta possui números de casos e agressores não penalizados tão alarmantes, sendo necessária até mesmo uma lei específica (Lei nº 11.340/06 – “Lei Maria da Penha”)⁸.

⁴ USP. **EACH comemora 10 anos do curso de Obstetrícia**. São Paulo, 11 nov. 2015. Disponível em: <<https://www5.usp.br/100816/each-comemora-10-anos-do-curso-de-obstetricia/>>. Acesso em 08 jul. 2018.

⁵ SANTA CATARINA (Estado). **Lei nº 17097**, de 17 de janeiro de 2017. Florianópolis, SC. Disponível em: <http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em: 08 jul. 2018.

⁶ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.867/2017**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A94A7B89B809809BEEF0CDB5AEEB4EB5.proposicoesWebExterno2?codteor=1574562&filename=Avulso+-PL+7867/2017>. Acesso em 10 ago. 2018.

⁷ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633/2014**. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/resultadoPesquisa?numero=7633&ano=2014&autor=&inteiroTeor=&emtramitacao=Todas&tipoproposicao=%5BPL+-+Projeto+de+Lei%5D&data=12/11/2018&page=false>>. Acesso em 01 ago. 2018.

⁸ SILVA MARCHI, Lillian Ponchio e. **O LUGAR DA VÍTIMA NAS CIÊNCIAS CRIMINAIS – BIOÉTICA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: cifra negra** / Eduardo Saad-Diniz (organizador) - São Paulo: LiberArs, 2017, p. 241-253. Disponível em <<http://www.direitorp.usp.br/wp-content/uploads/2017/01/ebook.O-lugar-da-v%C3%ADtima-nas-ci%C3%A4ncias-criminais.pdf>>. Acesso em 12 set. 2017. P. 243.

Mesmo com a implantação da Lei nº 11.340, de 2006, ainda não se pode falar em ampla proteção das mulheres em sociedade. A situação torna-se mais delicada quando tratamos das gestantes, visto que nossa cultura romantiza tal momento e cria uma aura de expectativas que podem traumatizar as mulheres se não alcançadas, bem como a normalização da violência no parto, tida como parte do processo.

Estima-se que no Brasil uma em cada quatro mulheres sofra com a violência obstétrica⁹, seja pela omissão de informações durante o pré-natal, que levam à prática mais cômoda para o médico responsável, ou pela restrição da participação de acompanhante, ou, ainda, por práticas lesivas física e psicologicamente, como a episiotomia, a tricotomia e a humilhação verbal.

Quando cheguei, me instalaram em uma cadeira de plástico da recepção e informaram meus acompanhantes que eu deveria procurar outro hospital porque aquele estava lotado. Lembro que fazia muito frio e eu estava molhada e gelada, pois minha bolsa continuava a vazar. Fiquei muito doente por causa disso. Minha mãe ameaçou ligar para o advogado, disse que processaria o hospital e que eu não sairia de lá em estágio tão avançado do trabalho de parto. Meu pai quis bater no homem da recepção. Enquanto isso, minhas contrações aumentavam. **Antes de ser finalmente internada, passei por um exame de toque coletivo, feito por um médico e seus estudantes, para verificar minha dilatação.** “Já dá para ver o cabelo do bebê, quer ver pai?” mostrava o médico para seus alunos e para o pai do meu filho. Consigo me lembrar de poucas situações em que fiquei tão constrangida na vida.

Cerca de uma hora depois, me colocaram em uma sala com várias mulheres. **Quando uma gritava, a enfermeira dizia: “pare de gritar, você está incomodando as outras mães, não faça escândalo”.** Se eu posso considerar que tive alguma sorte neste momento, foi o de terem me esquecido no fim da sala, pois **não me colocaram o soro com ocitocina sintética que acelera o parto e aumenta as contrações, intensificando muito a dor.** Hoje eu sei que se tivessem feito, **provavelmente eu teria implorado por uma cesariana,** como a grande maioria das mulheres.¹⁰ (sem grifos no original).

Segundo o estudo “nacer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, realizado pela FioCruz entre 2011 e 2013¹¹, contando com 23.894 mulheres entrevistadas, 52% dos partos foram realizados por meio de cesariana. Quando se trata do setor privado,

⁹ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC. **MULHERES BRASILEIRAS E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICO E PRIVADO.** Agosto de 2010. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_org_br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf> Acesso em 10 ago. 2018.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ FIOCRUZ. **NASCE NO BRASIL: INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO.** 2014. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. acesso em 20 ago. 2017.

o índice se eleva aos 88%. Essa ideia de *parir por cima* é bastante difundida nos centros médicos por facilitar a agenda hospitalar, de modo que se possa programar o horário de início, duração e fim do parto, sem qualquer imprevisto. Neste mesmo âmbito, a posição horizontal da paciente nos partos “normais”, que não é a mais confortável, serve para facilitar as manobras médicas. Tais procedimentos, conforme expostos no relato acima, são impostos às mulheres, nem sempre sendo, clinicamente falando, a melhor alternativa para elas.

Entre as gestantes que tiveram parto vaginal, observou-se a predominância de um modelo de atenção extremamente medicalizado que ignora as melhores evidências científicas disponíveis. A maioria das mulheres foi submetida a intervenções excessivas, ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, sem se alimentar durante o trabalho de parto, usou medicamentos para acelerar as contrações (ocitocina), foi submetida à episiotomia (corte entre a vagina e o ânus) e deu à luz deitada de costas, muitas vezes com alguém apertando sua barriga (manobra de Kristeller). Esses procedimentos, quando utilizados sem indicação clínica, causam dor e sofrimento desnecessários e não são recomendados pela Organização Mundial da Saúde como procedimentos de rotina¹².

Desta forma, buscar meios de abrandamento de tais reflexos nas mulheres e, num futuro próximo, a extinção dessas práticas, é de extrema importância para o alcance da vida digna feminina.

Dentre tais saídas, podemos destacar a regulamentação dos cursos de obstetrizes, conhecidas antigamente como parteiras, e que teriam como função auxiliar a mulher na hora do parto, antes e depois, cuidando, de modo geral, da saúde da mulher, desde a adolescência até a pós-menopausa, com foco no momento do parto e no atendimento ao recém-nascido.

Outra figura importante é a doula, uma espécie de acompanhante da mulher durante e após o parto, que visa ajudar em práticas que facilitem o bem-estar da mulher.

Além dessas personagens, tem-se em tramitação no Congresso Nacional projetos de lei que versem sobre o assunto (humanização do parto e violência obstétrica), e fora aprovada em Santa Catarina uma lei sobre o assunto. Ademais, houve produção de

¹² Ibidem.

cartilhas pelo Ministério da Saúde¹³, que ajudam na conscientização e resolução desta problemática.

No entanto, o que se tem ainda é um período embrionário, que necessita maiores atenções e debates acerca do tema, bem como mudanças práticas, tanto legislativa quanto clinicamente. E é neste ponto que esta pesquisa se propõe a contribuir, buscando tais alternativas, propondo pontos de discussão e melhoria, demonstrando aquilo que ainda precisa ser alterado e dando visibilidade aos pontos que permanecem escusos.

Para tanto, o primeiro capítulo apresentará o tema a partir do saber médico sobre a ginecologia e a obstetrícia, tratando brevemente de seu histórico até a atualidade, passando às pesquisas e estudos realizados sobre a violência obstétrica, em especial aquelas realizadas no início desta década, expondo os dados levantados por elas, bem como as condutas denunciadas, que instigaram o estudo de casos brasileiros.

Destarte, o segundo capítulo traça a trajetória da postura pró-natalista no Brasil, a partir da década de 1940, que resultou em políticas eugenistas e na urgente necessidade de discussões sobre políticas de planejamento familiar, que revelaram os elevados índices de esterilização de brasileiras, objetos da “CPI da esterilização”, de 1991. Para além desta forma de controle de natalidade, será discutido o programa de implantes de contraceptivos hormonais, instaurado em Porto Alegre – RS, no ano de 2006, voltado às adolescentes de 15 a 18 anos de idade, residentes de regiões carentes da capital. Também será apresentado o caso de Janaina Aparecida Quirino, esterilizada compulsoriamente após a propositura de ação civil pública por membro do Ministério Público.

Por fim, o terceiro capítulo traçará um panorama do saber jurídico sobre a violência obstétrica, tratando das leis vigentes, dos projetos de lei propostos, das previsões no direito comparado e da jurisprudência brasileira, de modo a se analisar o conteúdo e a aplicabilidade do que existe até o momento e as consequências de suas supostas lacunas, vistas nos capítulos anteriores.

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 3ª ed., Brasília – DF, 2016. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>>. Acesso em 10 ago. 2018.

2. O QUE É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

Com o aumento do acesso e do uso das redes sociais, especialmente, nos últimos dez anos, o número de relatos, dos mais diversos temas, tomou proporções inimagináveis. Dentre essas temáticas, a violência obstétrica foi uma das que ganhou visibilidade. Além disso, a curiosidade científica pela saúde feminina, com relatos datados desde a antiguidade, também teve grande relevância no surgimento da necessidade de discutir e pesquisar o tema da violência obstétrica mais frequentemente no âmbito legislativo, doutrinário e acadêmico, ganhando definição própria, redes de apoio e cada vez mais espaço nas leis e no conhecimento popular.

O termo, ainda pouco conhecido mesmo no âmbito judicial¹⁴, ganhou diversas definições. Dentre elas, está a do Projeto de Lei nº 7.867/2017, de autoria da Deputada Jô Soares, que descreve a violência obstétrica como “todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas”¹⁵. Para além da definição terminológica, a expressão ganhou significado mais amplo frente às pesquisas realizadas a partir da primeira década dos anos 2000, com influência de situações da última década dos anos 1990¹⁶ e da força dos relatos feitos pelas vítimas desta prática.

Fui internada e me fizeram a tricotomia; (...) fui encaminhada à sala de pré-parto, me colocaram um soro com ocitocina e meu médico me deixou de jejum. (...) Eu tinha a impressão de que estava indo para o matadouro. Enfim, me anestesiaram e, quando deitei, me pediram para apoiar os braços naquelas braçadeiras e amarraram meus braços. Além disso, para a anestesia pegar direito, o anestesista inclinou a mesa de modo que minha cabeça ficou mais baixa que os meus pés. Puxa! Eu estava crucificada e cabeça para baixo¹⁷.

¹⁴ Como se verá no tópico de análise jurisprudencial.

¹⁵ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.867/2017**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A94A7B89B809809BEEF0CDB5AEEB4EB5.proposicoesWebExterno2?codteor=1574562&filename=Avulso+-PL+7867/2017>. Acesso em 10 ago. 2018. Texto Original. Art. 3º.

¹⁶ CPI da esterilização, tratada mais à frente.

¹⁷ CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e Políticas do corpo*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2015.

Diante disso, importante se faz a análise de algumas considerações sobre o saber médico sobre a saúde feminina, bem como das práticas adotadas atualmente e seu enquadramento enquanto adequadas e dignas ou humilhantes e violentas para com as mulheres.

2.1 O SABER MÉDICO

Por muitos séculos, o manuseio da ciência esteve nas mãos dos homens. Não obstante, os saberes populares tinham seu espaço na vida das sociedades mais antigas. Datados do século II, os escritos de Soranos¹⁸ tratam do parto como saber predominante das mulheres¹⁹, sendo ritual celebrado apenas entre elas – a ideia de ter que lidar com sangue, placenta e demais fluídos próprios deste momento era tida como impura²⁰, por isso as próprias mulheres deveriam lidar com essas questões – e apenas os relatos de partos difíceis eram destinados aos médicos, única possibilidade de participação destes no nascimento. Para além do interesse médico, a saúde reprodutiva das mulheres, tanto em Roma quanto na Grécia, tinha caráter político, visto que sua importância social era medida por sua “capacidade em gerar herdeiros saudáveis”²¹.

Durante muito tempo, o interesse do homem médico restringiu-se aos ônus do parto, já que, compreensivelmente, os partos tidos como normais, sem a intercorrência de complicações não necessitavam de teorizações a respeito, carecendo, assim, de bibliografia sobre o tema.

De uma forma geral, os manuais de obstetrícia dos séculos XVI e XVII são registros de uma prática que vai se tornando cada vez mais intervencionista.

¹⁸ MARTINS, APV. **VISÕES DO FEMININO: A MEDICINA DA MULHER NOS SÉCULOS XIX E XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 287 p. História e Saúde collection. Disponível em <<https://static.scielo.org/scielobooks/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>>. acesso em 20 out. 2017. P. 68.

¹⁹ Seus escritos sobre partos normais são destinados às parteiras: “Nos capítulos relativos aos partos naturais, Soranos dirigiu-se às parteiras, indicando os preparativos, os cuidados com o local do parto, com o bem-estar da parturiente e do recém-nascido, além de trazer informações sobre a sociabilidade feminina ao referir-se aos rituais do puerpério, festividades organizadas e restritas às mulheres”. Ibidem.

²⁰ “tinha origem na desqualificação do parto pelos médicos antigos que consideravam a obstetrícia uma prática vil e inferior associada à dor, ao sangue e às impurezas, sendo, portanto, um assunto a ser resolvido pelas próprias mulheres. Além da repugnância dos médicos, há que se destacar a importância da segregação sexual nas sociedades antigas e pré-industriais”. Ibidem.

²¹ “Tanto na sociedade grega quanto na romana a importância da mulher era medida por sua capacidade em gerar herdeiros saudáveis”. Ibidem.

Os cirurgiões acabaram por desenvolver uma verdadeira obstetrícia patológica para a qual criaram todo um arsenal cirúrgico que muito contribuiu para a supremacia dos médicos-parteiros sobre as parteiras²².

Estas teorizações, segundo Martins, objetivavam desqualificar o conhecimento tradicional das parteiras. Os médicos da época responsabilizavam as parteiras aldeãs pelas complicações advindas do parto²³. Diante disto, os médicos passaram a ter certo controle sobre as parteiras, ainda no século XVII, através da elaboração de manuais voltados a elas. Neste momento “a cirurgia começou a ser mais reconhecida e respeitada”²⁴. Segundo Martins, este controle durou até o século XVIII, quando surgiram as primeiras escolas de parteiras na Europa.

Na metade do século XVIII, uma reconhecida parteira francesa, Madame Du Coudray, desenvolveu um curso para as parteiras do campo, formando mais de 5.000 delas com seu curso itinerante, baseado na demonstração com manequins de madeira²⁵.

Após a Revolução Científica do século XVII²⁶, os conhecimentos de anatomia do século XVIII eram bem avançados para a época. Esta virada de século também apresentou o crescente interesse pelo estudo do corpo feminino. Estes dois fatores foram determinantes para a entrada dos médicos no campo dos partos naturais, que obtinham experiência através da observação.

Em torno de 1900, ainda era comum admitir-se a incompetência científica diante dos mistérios do corpo feminino e, em especial, da menstruação (O'Dowd; Philipp, 1994, p. 20). O processo de fecundação e a gravidez também eram alvos de mais atenção. O maior conhecimento da biologia da gestação, ao lado da valorização da natalidade que se propagava, fizeram com que se desenvolvessem os cuidados pré-natais²⁷.

²² Ibidem.

²³ “Com exceção das parteiras profissionais dos séculos XVII e XVIII, os médicos historiadores viam as parteiras aldeãs como responsáveis pelas imperícias que resultavam na morte da mãe e da criança ou pelas mutilações, descrevendo-as como mulheres ignorantes, supersticiosas, descuidadas e apressadas”. Ibidem, p. 70.

²⁴ Ibidem, p. 75.

²⁵ Ibidem, p. 76.

²⁶ Ibidem, p. 27.

²⁷ ROHDEN, Fabíola. **GINECOLOGIA, GÊNERO E SEXUALIDADE NA CIÊNCIA DO SÉCULO XIX**. Horiz. antropol., Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 101-125, jun. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 out. 2017.

No século XIX²⁸, a literatura médica sobre a saúde da mulher avolumou-se em busca de explicações às singularidades anatômicas e fisiológicas do corpo feminino, recomendando condutas de higiene e classificando as doenças específicas com a indicação de terapias, o que culminou na constituição de um campo específico da medicina: a ginecologia²⁹. Fabíola Rohden³⁰ destaca que não há registro de interesse equivalente pelas questões do homem, que até os dias atuais ainda não tem um ramo da medicina voltado a sua saúde.

Certamente essa preocupação da medicina em dedicar-se ao estudo da mulher não nos causaria espanto se houvesse também uma ciência ou estudo do homem. Nos mesmos dicionários citados acima não há qualquer referência à andrologia, a disciplina que teria se constituído para tratar da sexualidade e reprodução do homem. Quanto à urologia, só em alguns casos sua definição expressa, além do estudo e tratamento do aparelho urinário em ambos os sexos, a preocupação com os órgãos sexuais masculinos. Jamais a noção de um estudo do homem apareceu nas referências³¹.

Como consequência deste quadro, os discursos médicos deixam transparecer uma suposta relação intrínseca da mulher com as questões reprodutivas, enquanto o homem aparece apartado destas noções. Exemplo disso vem do pensamento da medicina no século XIX, em que “a infecundidade do casal é pensada como resultado de falhas na capacidade reprodutiva da mulher”³².

Assim, a medicina voltada à mulher passou a ser instrumentalizada e aparatada para a proteção da moral³³ e para a prevenção de complicações. Portanto, “a mulher

²⁸ Definido como ponto de partida por Fabíola Rohden, que observou que “Uma preocupação singular com a delimitação do papel social de cada sexo pode ser percebida a partir do processamento dos títulos das teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1833 e 1940”. Ibidem, p. 102.

²⁹ MARTINS, APV. **VISÕES DO FEMININO: A MEDICINA DA MULHER NOS SÉCULOS XIX E XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 287 p. História e Saúde collection. Disponível em <<https://static.scielo.org/scielobooks/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>>. acesso em 20 out. 2017. P. 36.

³⁰ ROHDEN, Fabíola. **GINECOLOGIA, GÊNERO E SEXUALIDADE NA CIÊNCIA DO SÉCULO XIX**. Horiz. antropol., Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 101-125, jun. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 out. 2017.

³¹ Ibidem, p. 106.

³² Ibidem, p. 107.

³³ “A Sagrada Escritura cita que as dores durante o parto são punições que a mulher deve sentir por ter cometido o pecado original, interferindo em seus sentimento e percepções a cerca deste momento, substituindo o sentimento de prazer durante a concepção pelo castigo”. ANDRADE, B. P. e AGGIO, C. de M., **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A DOR QUE CALA**. Londrina. In: Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, UEL, 2014. Disponível em: <www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf> Acesso em 01 jul. 2018.

sempre teve seu corpo dominado por outra pessoa”³⁴, situação que não seria diferente no momento do parto. Todo o conhecimento científico obtido desde o século XIX serviu de esboço para a medicalização do nascimento, fazendo com que o momento de dar à luz passasse a ter como protagonista o profissional da saúde³⁵, colocando a parturiente como coadjuvante na geração de sua prole.

O período que começa nas últimas décadas do século XIX marca o início de uma campanha médica de transformação do parto num evento controlado pelos médicos e circunscrito ao espaço hospitalar; transformação esta que se efetivou somente na segunda metade do século XX, com a hospitalização do parto nos centros urbanos³⁶.

Essa medicalização do parto nos centros urbanos passa a ser, de certa forma, naturalizada na rotina hospitalar – tanto pela segurança que o procedimento detalhadamente programado supostamente propiciaria, quanto pela facilidade de atendimentos em ritmo de produção industrial que se permitiu fazer – o que a fez, ao longo do tempo, ser a primeira opção dada por médicos e escolhida pelas parturientes³⁷.

Como consequência deste longo processo, tem-se o registro da CPMI de 1991, conhecida como CPI da esterilização³⁸, que denunciou o elevado número de cesarianas realizadas nos anos 1980 – 35% dos partos realizados³⁹ – e os alarmantes índices atuais

³⁴ SILVA MARCHI, Lillian Ponchio e. **O LUGAR DA VÍTIMA NAS CIÊNCIAS CRIMINAIS – BIOÉTICA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: cifra negra** / Eduardo Saad-Diniz (organizador) - São Paulo: LiberArs, 2017, p. 241-253. Disponível em <<http://www.direitorp.usp.br/wp-content/uploads/2017/01/ebook.O-lugar-da-v%C3%ADtima-nas-ci%C3%A2ncias-criminais.pdf>>. Acesso em 12 set. 2017. P. 243.

³⁵ LEITE, J. C. **A DESCONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO ERRO MÉDICO E SEU ENQUADRAMENTO ENQUANTO VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL E DE GÊNERO**. In: 13º Mundo de Mulheres & Fazendo Gênero 11, 2017. Florianópolis, SC. *Anais do XI Seminário Internacional Fazendo Gênero & 13th. Women's Worlds*. Disponível em: <http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455813_ARQUIVO_ARTIGOFAZENDOGENERO.pdf> Acesso em 22 fev. 2018. P. 2.

³⁶ MARTINS, APV. **VISÕES DO FEMININO: A MEDICINA DA MULHER NOS SÉCULOS XIX E XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 287 p. História e Saúde collection. Disponível em <<https://static.scielo.org/scielobooks/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>>. acesso em 20 out. 2017. P. 66.

³⁷ Ver caso da CPI da esterilização, apresentado mais à frente.

³⁸ ASSIS, J. F. **“NEGRA É COMO COELHO: SÓ DÁ CRIA!” – EXISTE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA MULHERES NEGRAS NO BRASIL?**. In: 13º Mundo de Mulheres & Fazendo Gênero 11, 2017. Florianópolis, SC. *Anais do XI Seminário Internacional Fazendo Gênero & 13th. Women's Worlds*. Disponível em: <http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499468879_ARQUIVO_JUSSARAFRANCISCADASSIS-FAZENDOGENERO2017TEXTOCOMPLETO.pdf> Acesso em 21 fev. 2018.

³⁹ BRASIL, Congresso Nacional. **Relatório Final da comissão parlamentar mista de Inquérito – Relatório nº 2, de 1993**. Brasília, 1993. Disponível em <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/85082/CPMIEsterilizacao.pdf?sequence=7>> Acesso em 10 out. 2018. P. 69.

quanto ao modo de parto no Brasil – segundo o inquérito “Nascer no Brasil”⁴⁰, 52% dos partos na rede pública de saúde e 88% dos partos na rede privada são via cesariana, sendo considerada prática endêmica no país, não existindo justificativa clínica para números tão altos. Também não é possível falar em livre opção da gestante, conforme indica o estudo.

Embora a preferência inicial pelo parto vaginal fosse maior, observou-se que, ao longo da gravidez, houve uma mudança de decisão em relação ao tipo de parto, que não pode ser explicado pela ocorrência de problemas e complicações. Isso sugere que a orientação no pré-natal pode estar induzindo a maior aceitação da cesariana⁴¹.

Tanto esta indução à cesariana, quanto à realização de práticas diversas da vontade da gestante, ou, ainda, a omissão e a distorção de informações para direcionar a escolha da mulher neste momento, causando-lhe desconforto, trauma ou sequelas, recebem o nome de violência obstétrica.

A violência institucional na atenção obstétrica, também chamada de violência obstétrica, é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em instituições de saúde, no momento do atendimento pré-natal, ao parto ou aborto. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras, às vezes explícitas, às vezes veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero (sexismo)⁴².

O aumento na quantidade de relatos a respeito da violência obstétrica, na primeira década dos anos 2000, fez com o Ministério da Saúde apoiasse iniciativas de Fundações e Redes pelo levantamento de dados, a fim de constatar a realidade da situação vivida pelas mulheres durante o parto no Brasil.

⁴⁰ Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, é uma pesquisa coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz e realizada com a participação de renomados pesquisadores de muitas instituições científicas do país. Foi realizada em maternidades públicas, privadas e mistas e incluiu 266 hospitais de médio e grande porte, localizados em 191 municípios. A coleta de dados se iniciou em fevereiro de 2011 e terminou em outubro de 2012, consistindo em entrevistas a 23.894 mulheres. FIOCRUZ. **NASCEM NO BRASIL: INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO**. 2014. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. acesso em 20 ago. 2017.

⁴¹ Ibidem, p. 3.

⁴² PARTO DO PRINCÍPIO - Mulheres em rede pela Maternidade Ativa. **FAQ Violência Obstétrica**. Disponível em <<http://www.partodoprincipio.com.br/faq-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

2.2 MULHERES BRASILEIRAS E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICO E PRIVADO

A pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços Público e Privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo e SESC em agosto de 2010, teve como amostragem 2.365 mulheres e 1.181 homens, com quinze anos de idade ou mais, abrangendo vinte e cinco unidades federativas.

O estudo, que descreve minuciosamente sua amostra conforme o perfil socioeconômico, o gênero, a região em que vive, dentre outros fatores, mostra que, dentre as mulheres entrevistadas, 74% já engravidaram, em média 3,5 vezes. Destas, 68% fizeram parto somente na rede pública de saúde, enquanto 16% fizeram na rede privada, 8% em ambas e 9% em casa ou outro lugar.

Quanto ao tratamento no parto, 25% das mulheres relataram terem sofrido algum tipo de violência durante o atendimento⁴³. Das entrevistadas, 27% tiveram partos em rede pública, 17% em rede privada e 31% em ambas e sofreram com alguma ação dos profissionais (75% das mulheres tem dois ou mais filhos)⁴⁴. Quanto ao grau de escolaridade, apenas 15% possui ensino superior.

Das violências, 10% relatou ter passado por exame de toque doloroso, 10% teve negado ou não recebeu oferta de algum tipo de alívio para a dor, 9% foi tratada com gritos, 9% não foi informada do procedimento que estava sendo realizado, 8% teve atendimento negado, 7% passou por xingamentos ou humilhações e 1% relatou ter sido empurrada, amarrada, agredida fisicamente ou assediado sexualmente⁴⁵.

Para as que ouviram algum despropósito durante o parto⁴⁶ (23% das entrevistadas), as frases mais comuns foram “não chora não que ano que vem você está aqui de novo” (15%), “na hora de fazer não chorou / não chamou a mamãe, por que está chorando agora?” (14%), “se gritar eu paro agora o que estou fazendo, não vou te atender” (6%) e “se ficar gritado vai fazer mal para o seu neném, seu neném vai nascer surdo (5%).

⁴³ Anexo I.

⁴⁴ Anexo II

⁴⁵ Anexo I.

⁴⁶ Anexo IV.

As frases foram dirigidas, mais comumente, às mulheres de escolaridade mais baixa (que representam 75% das entrevistadas)⁴⁷.

Estes dados alarmantes não foram os únicos levantados no Brasil durante a primeira metade da segunda década dos anos 2000.

2.3 NASCER NO BRASIL

Coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” contou com 23.894 mulheres entrevistadas no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, traçando um importante perfil do atendimento ao parto no país.

Teve como objetivo conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas desnecessárias; descrever a motivação das mulheres para opção pelo tipo de parto; as complicações médicas durante o puerpério e período neonatal; bem como descrever a estrutura das instituições hospitalares quanto à qualificação dos recursos humanos, disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos e unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos e neonatos.⁴⁸

Sobre gravidez e pré-natal, cerca de 30% das mulheres entrevistadas disseram não ter desejado a gravidez atual, 9% ficaram insatisfeitas e 2,3% tentaram interrompê-la. Consequentemente, essas mulheres tiveram menor cobertura pré-natal. Tal fator, segundo o relatório da pesquisa, demonstra a necessidade de ampliação do planejamento reprodutivo para que as mulheres tenham maior liberdade de escolha quanto a gravidez, melhorando a situação materna e neonatal. Cerca de 20% das mulheres precisaram peregrinar em busca de maternidade, indo a mais de um serviço de admissão, tendo em vista a ausência de condições de atendimento por falta de médicos, materiais e equipamentos.

Quanto ao sistema de saúde, 80% dos partos, ocorridos em maternidades públicas e mistas, foram pagos pelo SUS, enquanto 20% ocorreu no setor privado (plano de saúde ou desembolso direto). A estrutura destes hospitais varia de acordo com a região em que

⁴⁷ Anexo III.

⁴⁸ FIOCRUZ. **NASCER NO BRASIL: INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO**. 2014. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. acesso em 20 ago. 2017. P. 2.

está e da existência ou não de UTI neonatal e adulta. Estes “resultados indicam que uma proporção importante de mães e recém-nascidos foi exposta a riscos desnecessários e evitáveis”⁴⁹.

Quanto ao parto, constatou-se que 52% dos nascimentos se dá por cesariana⁵⁰. No setor privado o índice alcança 88% dos partos, número que não encontra justificativas clínicas. O índice também é elevado entre as adolescentes (42%), 19% das mulheres entrevistadas, o que preocupa pela exposição a riscos nas gestações futuras.

Estima-se que, no país, quase um milhão de mulheres, todos os anos, são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada, perdem a oportunidade de ser protagonista do nascimento de seus filhos, são expostas com eles a maiores riscos de morbidade e mortalidade e aumentam desnecessariamente os recursos gastos com saúde⁵¹.

O inquérito apresenta, ainda, a situação dos partos vaginais⁵², cuja modalidade de atenção é altamente medicalizada.

A maioria das mulheres foi submetida a intervenções excessivas, ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, sem se alimentar durante o trabalho de parto, usou medicamentos para acelerar as contrações (ocitocina), foi submetida à episiotomia (corte entre a vagina e o ânus) e deu à luz deitada de costas, muitas vezes com alguém apertando sua barriga (manobra de Kristeller)⁵³.

Esta forma de conduzir o parto não é recomendada pela Organização Mundial da Saúde enquanto procedimento de rotina⁵⁴, no entanto é comum em todo o território brasileiro. Quando assim feito, gera dor e sofrimento desnecessários. Não obstante, apenas 5% das mulheres brasileiras vivenciaram o parto sem estas intervenções.

⁴⁹ Ibidem. P. 3.

⁵⁰ Anexo V.

⁵¹ FIOCRUZ. Op. cit., p. 3.

⁵² Anexo VI.

⁵³ FIOCRUZ. Op. cit., p. 3.

⁵⁴ OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_por.pdf;jsessionid=1DE02CB12B12C3E2C6357F039F26B024?sequence=3> Acesso em 22 abr. 2018.

Ainda assim, notou-se que a escolha pelo parto vaginal persiste nas convicções das mulheres, pelo menos no início da gestação.

(...) a maioria das mulheres brasileiras, quase 70% delas, desejava um parto vaginal no início da gravidez. No entanto, poucas foram apoiadas em sua opção pelo parto vaginal: nos serviços privados, esse valor foi de apenas 15% para aquelas que estavam em seu primeiro parto. Um terço das mulheres que optaram por uma cesariana desde o início da gestação referiu o medo da dor do parto como principal razão para a escolha desse tipo de parto”⁵⁵.

Segundo o relatório do inquérito, a abdicação desta opção em detrimento da cesariana sugere indução da prática durante o pré-natal. Também foi constatada a permanência do mito “uma vez cesárea, sempre cesárea”⁵⁶, visto que apenas 15% das mulheres com cesariana anterior tiveram um posterior parto vaginal.

Esta situação estende seus impactos aos recém-nascidos. Conforme o estudo, 35% dos bebês nasceram com 37 ou 38 semanas de gestação, de modo a tornarem-se mais propícias a complicações (“já há estudos mostrando que essas crianças são mais frequentemente internadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, necessitam maior suporte ventilatório para respirar, além de maior risco de morbidade e mortalidade”⁵⁷). Além disso, a separação mãe-bebê no pós-parto foi mais significativa nas cesarianas⁵⁸.

Por fim, o inquérito conclui pela necessidade de diminuição de exposição a riscos, tanto para as mães quanto para os bebês, diminuindo a execução de cesáreas sem recomendação clínica e a medicalização dos partos naturais. A melhora na relação entre os profissionais de saúde e as parturientes mostrou-se importante para o resultado final dos atendimentos.

Reunindo diversos dados e relatos, o dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio serviu de base para o item referente à violência obstétrica na CPMI da Violência Contra as Mulheres e é apresentado no próximo item.

⁵⁵ Ibidem, p. 4.

⁵⁶ Ibidem, p. 4.

⁵⁷ Ibidem, p. 5.

⁵⁸ Anexos VII e VIII.

2.4 PARIRÁS COM DOR

Requisitada em 2011, a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da violência contra as mulheres, presidida pela Deputada Jô Moraes, teve como finalidade a investigação da “situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência”⁵⁹. No tocante à violência obstétrica, a CPMI recebeu o dossiê “Violência Obstétrica – “parirás com dor”, elaborado pela ONG Parto do Princípio em 2012.

A rede, formada na época por 300 mulheres espalhadas em 22 estados, parte do princípio de que a mulher deve ser a protagonista de sua história, tendo liberdade de decisão sobre seu corpo, assistência de saúde adequada e liberdade para dar à luz. Por isso, suas idealizadoras acreditam que o parto sem violência, com respeito, com assistência e escolha informada baseada em evidências científicas é o mínimo a ser oferecido pelas redes de saúde do país⁶⁰.

Assim, inicia seu conteúdo tecendo considerações acerca da assistência ao parto no Brasil, apontando os altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, apesar das causas serem evitáveis, passando pelos índices de cesarianas de 2007 (47% dos nascimentos), apontando a inaplicabilidade da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, existente desde 2003.

Passa, então, à humanização como abordagem ética, visto que, atualmente, o protagonismo do parto desloca-se da mãe e do bebê para os profissionais da saúde, elencando a classificação sistemática proposta por Daphne Rattner, sobre a humanização, assim dividida:

- a) Humanização como legitimidade científica da medicina;
- b) Humanização como a legitimidade política de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, famílias) na assistência ao nascimento;

⁵⁹ BRASIL. Senado Federal. **Relatório Final da comissão parlamentar mista de Inquérito – CPMIVCM, de junho de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/relatorio-final-da-comissao-parlamentar-mista-de-inquerito-sobre-a-violencia-contra-as-mulheres>>. Acesso em 30 out. 2018.

⁶⁰ PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica “parirás com dor”**. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 05 abr. 2018. P. 7.

- c) Humanização referida ao resultado de tecnologia adequada na saúde da população.
- d) Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes dos atores intervenientes na cena do parto.
- e) Humanização referida como legitimidade financeira dos modelos de assistência, ou seja, da racionalidade no uso de recursos.
- f) Humanização como a legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, com melhora da relação profissional-usuária.
- g) Humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos ditos humanitários e antes restritos às clientes do setor privado.

Diante da incoerência entre as medidas do governo, que visavam a humanização, e o aumento nos índices de cesarianas (nas quais a mulher deixa de ser protagonista) no país, o dossiê passa a tratar da legislação no atendimento ao parto.

Até 2012, ano do dossiê, a lei que mais se aproximava do tema era a nº 11.108/2005, que regulamenta a presença de acompanhante no momento do parto. Existiam, ainda, as Portarias do Ministério da Saúde e as Resoluções da ANVISA, mas nada tão avançado quanto a legislação Argentina, vigente desde 2004⁶¹.

Após tratar do reconhecimento da violência obstétrica a partir dos dados coletados pela Fundação Perseu Abramo, já explorados neste trabalho, passou-se à caracterização da violência obstétrica, partindo da observação dos relatos das mulheres vítimas e da legislação vigente na Argentina e na Venezuela. Como resultado, tem-se as seguintes facetas:

Dos atos caracterizadores da violência obstétrica: são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue.

Caráter físico: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.

⁶¹ A legislação será melhor explorada no capítulo “O saber Jurídico”.

Caráter psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.

Caráter sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

Caráter institucional: ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estes ações ou serviços, de natureza pública ou privada.

Caráter material: ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.

Caráter midiático: são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contra-indicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação⁶².

Apesar de definir diversos tipos de condutas lesivas, nada obsta sua ocorrência conjunta, mesclando duas ou três modalidades em um mesmo atendimento.

Feitas estas considerações, a Rede Parto do Princípio reuniu uma série de relatos da violência sofrida pelas mulheres no atendimento gravídico puerperal no Brasil, denunciando o frequente desrespeito à lei do acompanhante, com a exposição da existência de restrição ao acompanhante mediante a cobrança de taxas⁶³.

Também foram elencados os procedimentos considerados invasivos e danosos à mulher no atendimento ao trabalho de parto e parto normal, iniciando pela episiotomia⁶⁴, passando pelas intervenções com finalidades “didáticas”⁶⁵, pelas intervenções de

⁶² PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica “parirás com dor”**. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 05 abr. 2018. P. 61.

⁶³ Ibidem, p. 71.

⁶⁴ “A episiotomia, ou “pique”, é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris.

No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências”. Ibidem, p. 80.

⁶⁵ “Em hospitais escola, é comum ter várias pessoas juntas ou em sequência para realizar exame de toque vaginal. A mulher não é informada dos nomes, da qualificação, da necessidade e riscos do procedimento, ou mesmo das informações sobre a progressão do seu próprio trabalho de parto. Ela também não é consultada a permitir ou negar o procedimento”. Ibidem, p. 93.

verificação e aceleração do parto⁶⁶, pela falta de esclarecimento e consentimento da paciente⁶⁷, chegando à manobra de Kristeller⁶⁸, à restrição de posição para o parto⁶⁹, até a restrição da escolha do local do parto⁷⁰.

Outro ponto de destaque é o das cirurgias cesarianas, muitas vezes realizadas sem justificativa clínica, tratando daquelas eletivas, das feitas por dissuasão da mulher⁷¹ e daquelas feitas por conveniência do médico.

Essa conduta, conhecida por “limpar a área”, consiste em realizar cesáreas no final do plantão de todas as mulheres que ainda estão em trabalho de parto, ou acelerar o parto através de outras intervenções. Dessa forma, o plantonista seguinte poderá descansar ao chegar, se encarregando de acompanhar somente as gestantes que serão internadas em seu plantão.

Essas cesáreas, realizadas sem necessidade clínica, acontecem aproximadamente às 18h da tarde, às 21h e às 6h da manhã. As mulheres não são esclarecidas da necessidade do procedimento, ou por vezes são ludibriadas por falsas indicações⁷².

Num âmbito mais agressivo, tem-se as modalidades de cesárea por coação, ameaçando não realizar o parto caso a mulher não se sujeite à cirurgia, e a apologia feita na mídia⁷³ – que deveria ser fiscalizada para evitar a indução ao erro.

⁶⁶ “Em um parto normal, para a verificação da dilatação do colo do útero, é feito o procedimento conhecido como exame de toque. Uma manobra muito comum durante o exame de toque é a “dilatação” ou “redução manual do colo do útero”, que é um procedimento doloroso, realizado a fim de acelerar o trabalho de parto. Pode ser prejudicial para a dinâmica do trabalho de parto, e que na grande maioria das vezes é realizado sem esclarecimento ou consentimento da paciente”. Ibidem, p. 96.

⁶⁷ “Diversos relatos apontam o incômodo em se submeter a exames realizados em seu corpo por pessoas que não se apresentam, não informam a necessidade do exame e realizam comentários agressivos durante o procedimento”. Ibidem, p. 101.

⁶⁸ “A manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou espremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho”. Ibidem, p. 103.

⁶⁹ “Apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde, da recomendação do Ministério da Saúde, da Portaria 1.067 de 2005, RDC 36 de 2008 da ANVISA, muitas mulheres ainda são obrigadas a ficar em posição de litotomia ou supina [são posições horizontais de barriga para cima] para o parto. Essa posição prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para a mãe e prejudica a oxigenação do bebê”. Ibidem, p. 107.

⁷⁰ “É direito da mulher definir durante o pré-natal o local onde ocorrerá o parto. Vale ressaltar que os partos podem ser realizados nos centros de parto normal, em casa ou em qualquer hospital ou maternidade do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Ibidem, p. 109.

⁷¹ “O período provável para o parto é entre 37 a 42 semanas. A partir de 37 semanas, o bebê é considerado ‘a termo’”. Muitos médicos optam pelo parto a partir da 37ª semana, para não ser pego de surpresa na madrugada, por exemplo. No entanto, esta prática pode trazer diversos danos à saúde do bebê. Ibidem, p. 118.

⁷² Ibidem, p. 114.

⁷³ O dossiê aponta novelas e filmes como apologéticos à realização da cesariana, bem como da normalização da posição litotômica e da manobra de Kristeller.

O dossiê expõe, ainda, o tratamento desumanizado e degradante dado às mulheres, caracterizando-se através da peregrinação em busca de vaga em unidade hospitalar, omissão de informações, descaso e abandono (na sala de espera, no quarto de preparação, etc.), desprezo e humilhação, ameaça e coação, preconceito e discriminação, homofobia, estigmatização, assédio e sadismo, culpabilização e chantagem, desconsideração dos padrões culturais e maus tratos às mulheres em situação de abortamento.

Apesar das pesquisas serem relativamente recentes, as condutas despersonalizantes sobre o corpo feminino não são novas, muito menos estão erradicadas. Assim, importante se faz a análise de situações envolvendo a completa perda de autonomia sobre o próprio corpo da mulher, selecionados a partir do impacto que tiveram na mídia e da comoção social gerada em torno de cada uma das 3 situações apresentadas a seguir.

3. ESTUDO DE CASOS BRASILEIROS

Até a década de 1950, o Brasil registrou elevação dos índices de natalidade⁷⁴, chegando a 6,5 filhos por mulher em 1940⁷⁵. Essa postura pró-natalista⁷⁶ dura até as proximidades de 1964, acompanhada de um sentimento eugenista em prol do “melhoramento da raça brasileira”⁷⁷. Estas iniciativas não eram colaborativas à discussão do planejamento familiar e foram acentuadas pela publicação da Encíclica *Humanae Vitae*, em 1968.

Os militares que tomaram o poder em 1964 adotaram posturas demográficas expansionistas, expressas no Programa Estratégico de Desenvolvimento (1968-1970) e na mensagem dirigida ao Papa Paulo VI, em 1968, por ocasião da publicação da Encíclica *Humanae Vitae* (Canesqui 1985). Em 1967 foi criada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar denúncias da existência de “esterilizações maciças” de mulheres na Amazônia. A CPI não chegou a nenhum resultado conclusivo, mas ajudou a criar um clima de hostilidade contra o planejamento familiar⁷⁸.

Concomitantemente, para preencher esse vazio de políticas públicas de saúde reprodutiva, as instituições privadas – farmácias, redes de saúde e outras – tomaram a frente, culminando na criação, em 1965, da Sociedade Bem-Estar da Família – BEMFAM, que oferecia serviços de planejamento familiar⁷⁹, bem como de outras organizações não governamentais e sem fins lucrativos⁸⁰ que, entretanto, cobriam pequena parcela da população.

⁷⁴ VELEDA DA SILVA, Susana Maria. **Inovações nas Políticas Populacionais: o planejamento familiar no Brasil**. In: *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, nº 69, 01 ago. 2000. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn-69-25.htm>> Acesso em 10 out. 2018. P. 1 e 2.

⁷⁵ BRASIL, Congresso Nacional. **Relatório Final da comissão parlamentar mista de Inquérito – Relatório nº 2, de 1993**. Brasília, 1993. Disponível em <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/85082/CPMIEsterilizacao.pdf?sequence=7>> Acesso em 10 out. 2018. P. 31.

⁷⁶ Ibidem.

⁷⁷ “Havia, então, um sentimento natalista, mas ao mesmo tempo, sob influência dos racistas inaugurais como Gobineau, na França, e Heckel, na Alemanha, existiam evidências de uma ideologia racista, eugênica, que buscava a ‘melhoria’ da raça brasileira. (...) Nessa fase houve um enaltecimento da miscigenação em virtude das contribuições de cada raça: a criatividade e a musicalidade trazidas pelos negros e o senso de ordem trazido pelos brancos”. Ibidem, p. 31 e 32.

⁷⁸ ALVES, José Eustáquio Diniz. **O Planejamento Familiar no Brasil**. Ecodebate, Rio de Janeiro, RJ, 01 jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ecodebate.com.br/2010/06/01/o-planejamento-familiar-no-brasil-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>> Acesso em 10 out. 2018. P. 1.

⁷⁹ Ibidem, p. 2.

⁸⁰ “Outras organizações não-governamentais e sem fins lucrativos que tiveram atuação no país foram o Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança – CPAIMC, montada em 1975 e a

Diante disto, realizaram-se mudanças no pensamento da época, vindo como principal ameaça esse *boom* populacional que resultaria em famílias com condições básicas menos supridas, levando a Igreja a permitir o planejamento familiar com uso de métodos naturais⁸¹.

Com a redemocratização do Brasil, na primeira metade da década de 1980⁸², as discussões sobre planejamento familiar passaram a fazer parte da realidade da população. Destas discussões, nasceu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tratando da saúde da mulher de modo integral, para além dos cuidados sexuais⁸³.

Com a mudança de posicionamento dos até então principais autores da questão e com o surgimento no cenário dos movimentos feministas organizados, foi possível ao Ministério da Saúde, articulando os distintos interesses e posições, elaborar e implementar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, anunciado pelo Ministro Waldir Aroverde por ocasião de seu depoimento à CPMI do aumento populacional, em 1983⁸⁴.

Em 1983, é instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito quanto ao aumento populacional naquele momento de crise⁸⁵, concluindo-se pelo reconhecimento do direito de disponibilidade de contracepção a todo cidadão, não havendo controle coercitivo da fecundidade no país. Assim, com base no PAISM, e posicionando-se quanto à

Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar – ABEPF, organizada em 1981”. Ibidem, p. 2.

⁸¹ BRASIL, Congresso Nacional. **Relatório Final da comissão parlamentar mista de Inquérito – Relatório nº 2, de 1993.** Brasília, 1993. Disponível em <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/85082/CPMIEsterilizacao.pdf?sequence=7>> Acesso em 10 out. 2018. P. 33.

⁸² ALVES, José Eustáquio Diniz. **O Planejamento Familiar no Brasil.** Ecodebate, Rio de Janeiro, RJ, 01 jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ecodebate.com.br/2010/06/01/o-planejamento-familiar-no-brasil-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>> Acesso em 10 out. 2018. P. 2.

⁸³ BRASIL, Congresso Nacional. **Relatório Final da comissão parlamentar mista de Inquérito – Relatório nº 2, de 1993.** Brasília, 1993. Disponível em <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/85082/CPMIEsterilizacao.pdf?sequence=7>> Acesso em 10 out. 2018. P. 33.

⁸⁴ ALVES, op. cit., p. 2.

⁸⁵ Cf. CURADO, Marcelo; CRUZ, Márcio. **Investimento direto externo no Brasil: uma análise para o período de alta inflação.** In: Economia e Sociedade, Campinas, v. 21, n. 2 (45), p. 275-300, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ecos/v21n2/a03v21n2>> Acesso em 12 out. 2018.

Conferência Internacional de População do México, de 1984⁸⁶, a Assembleia Constituinte trouxe em sua redação final o planejamento familiar⁸⁷.

Excluída do texto constitucional, a questão da esterilização era considerada crime de lesão corporal grave, sendo vetada no Brasil⁸⁸. No entanto, esta vedação não foi suficiente para coibir a prática no país. A situação tornou-se tão alarmante que, em 1991, foi instaurada uma nova CPI para investigar as causas da esterilização em massa das mulheres brasileiras⁸⁹.

A esterilização cirúrgica, que até 1997 era considerada ilegal, enquadrando-se no Artigo 129 do Código Penal, se difunde no Brasil a partir da década de setenta. A Lei brasileira não proibia explicitamente a esterilização mas proibia a mutilação física (Artigo 129 do Código Penal, Lesões Corporais) e a esterilização era considerada como uma lesão corporal em que ocorre a perda ou inutilização de membro, sentido ou função, portanto - ilegal, passível de ser punida com pena de detenção de três meses a um ano (Franco, 1993). Além disso, o *Código Brasileiro de Ética Médica*, em seu artigo 52 - "Da responsabilidade Médica" - Capítulo VI, condena a esterilização, a não ser em casos excepcionais⁹⁰.

Jussara Francisca de Assis, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e autora do artigo "*NEGRA É COMO COELHO: SÓ DÁ CRIA!*" *EXISTE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA MULHERES NEGRAS NO BRASIL?*⁹¹, conta que entre as décadas de 1980 e 1990 a força do movimento de ativistas negras para o levantamento de dados sobre a esterilização compulsória e em massa das mulheres negras no Brasil teve papel crucial para a instauração desta CPI.

⁸⁶ ALVES, op. cit., p. 2.

⁸⁷ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 20 set. 2018. Art. 226, §7º.

⁸⁸ ALVES, op. cit., p. 3.

⁸⁹ Ibidem, p. 3.

⁹⁰ VELEDA DA SILVA, Susana Maria. **Inovações nas Políticas Populacionais: o planejamento familiar no Brasil**. In: *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, nº 69, 01 ago. 2000. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn-69-25.htm>> Acesso em 10 out. 2018. P. 6.

⁹¹ ASSIS, J. F. "*NEGRA É COMO COELHO: SÓ DÁ CRIA!*" – *EXISTE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA MULHERES NEGRAS NO BRASIL?*. In: 13º Mundo de Mulheres & Fazendo Gênero 11, 2017. Florianópolis, SC. *Anais do XI Seminário Internacional Fazendo Gênero & 13th. Women's Worlds*. Disponível em: <http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499468879_ARQUIVO_JUSSARAFRANCISCADEASSIS-FAZENDOGENERO2017TEXTOCOMPLETO.pdf> Acesso em 21 fev. 2018.

Roland (1995) destaca que em 1991 cerca de 62,9% das mulheres nordestinas (que em sua maioria são negras e descendentes de indígenas) já haviam sido esterilizadas. Na época, a pressão do movimento de mulheres negras impulsionou o Congresso Nacional Brasileiro a criar uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPI), a chamada CPI da Esterilização. A referida CPI apurou a ocorrência de prestação inadequada de serviços oferecidos por instituições privadas que financiavam métodos contraceptivos, incluindo os irreversíveis como as laqueaduras tubárias nas regiões mais pobres do país. Estes fatos foram considerados pelo movimento de mulheres negras como formas de diminuir o contingente populacional de pobres e negros⁹².

Conhecida como CPI da esterilização, a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, de 1991, resultou em relatório finalizado em 1993, de autoria do então Senador Carlos Patrocínio. Tal relatório é o objeto de discussão do próximo tópico do presente trabalho.

3.1 A CPI DA ESTERILIZAÇÃO

A Comissão Parlamentar Mista de Inquérito foi proposta pela Deputada Benedita da Silva e pelo Senador Eduardo Suplicy, em 20 de novembro de 1991⁹³, tendo como ponto de partida os dados estatísticos divulgados pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – a respeito da esterilização, apontando que o alarmante índice de esterilizações no Brasil foi alcançado em situação supostamente desconforme ao Código de Ética Médica, que proibia a prática.

71% das mulheres casadas ou unidas entre 15 e 54 anos usam algum anticoncepcional, sendo que 33% utilizam a esterilização e 38% outros métodos. Se considerarmos os métodos utilizados pelas mulheres no Brasil em idade fértil, veremos que a esterilização representa 44%, sendo o método mais utilizado, seguido da pílula com 41%.

(...)

Com esses números podemos concluir que a quantidade de mulheres esterilizadas no Brasil é alarmante, principalmente se considerarmos que esse número foi atingido dentro de uma situação de suposta ilegalidade da esterilização, na medida em que o Código de Ética Médica proíbe esta prática

⁹² Ibidem, p. 4 e 5.

⁹³ BRASIL, Congresso Nacional. **Relatório Final da comissão parlamentar mista de Inquérito – Relatório nº 2, de 1993.** Brasília, 1993. Disponível em <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/85082/CPMIEsterilizacao.pdf?sequence=7>> Acesso em 10 out. 2018.

e que não existe, entre nós, nenhuma lei específica que regulamente esta questão⁹⁴.

Além disso, o estudo realizado pelo IBGE demonstrava que os índices de esterilização eram maiores nas regiões Nordeste e Centro-Oeste – regiões que concentravam os maiores índices de miséria e pobreza⁹⁵ –, sendo menores no Sul – região de maioria branca –, cujos índices ficaram abaixo da média nacional. Também foi constatado o atendimento a uma política de controle de natalidade através da esterilização, tida como principal método contraceptivo, bem como a ausência de informações para as mulheres quanto ao processo reprodutivo e quanto à irreversibilidade da cirurgia, de modo que um grande número delas se arrependeu de ter feito o procedimento. Ainda, notou-se que havia um caráter racista da esterilização e que existiam denúncias da exigência de atestado de esterilização para admissão de mulheres no mercado de trabalho⁹⁶.

De fato, quase dez anos antes, Barroso (1984) já advertia que determinantes específicos, tais como a estrutura do atendimento hospitalar e a ausência de políticas públicas que fizessem face à crescente demanda por contracepção moderna, levavam as mulheres a elegerem a laqueadura tubária como método de preferência⁹⁷.

As reuniões da CPI começaram a ser realizadas no ano de 1992⁹⁸ e tinham como objetivo “investigar as práticas assistenciais dirigidas à saúde da mulher e o abuso da esterilização cirúrgica feminina”⁹⁹, bem como “verificar o cumprimento do § 7º do artigo 26 da Constituição Federal”¹⁰⁰, “apurar estatisticamente o índice de esterilização de mulheres no Brasil, sua distribuição geográfica, sua repercussão a curto e médio prazos”¹⁰¹, “averiguar a existência de políticas eugênicas ou racistas”¹⁰², “conhecer ao certo as responsabilidades atinentes a essa questão, identificando instituições ou grupos

⁹⁴ Ibidem, p. 9.

⁹⁵ Ibidem, p. 10.

⁹⁶ Ibidem, p. 11.

⁹⁷ CAETANO, André Junqueira. *Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada*. In Revista Brasileira de Estudos de População – REBEP. Rio de Janeiro, v. 31, nº 2, p. 309 – 331, jul/dez 2014. Disponível em < <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/671/650>>. Acesso em 06 out. 2018. P. 312.

⁹⁸ BRASIL, op. cit., p. 15 – 17.

⁹⁹ Ibidem, p. 27.

¹⁰⁰ Ibidem.

¹⁰¹ Ibidem.

¹⁰² Ibidem.

atuantes na saúde reprodutiva do Brasil”¹⁰³, “averiguar a existência e a origem de apoio financeiro a essas instituições e grupos”¹⁰⁴, “identificar, no plano internacional, países e organismos internacionais promotores de controle demográfico no Brasil”¹⁰⁵, “investigar o uso eleitoral da esterilização cirúrgica feminina”¹⁰⁶ e “examinar as razões determinantes das altas taxas de esterilização cirúrgica, a situação da assistência à saúde das mulheres, a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, os locais e as condições em que são realizadas as esterilizações das mulheres”¹⁰⁷.

Para tanto, dentre outros métodos, foram ouvidas personalidades vinculadas ao Movimento de Mulheres Organizadas, que presidiram as CPIs estaduais em curso ou concluídas sobre a esterilização de mulheres, entidades médicas, instituições que prestam serviços em saúde reprodutiva, demógrafos, Igreja Católica Apostólica Romana, Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, instituições do Sistema Único de Saúde, assessoria legislativa do Senado Federal, depoimento-denúncia e depoimento de político denunciado por uso eleitoral de esterilização¹⁰⁸.

O relatório traz, ainda, a caracterização do problema, descrevendo aspectos históricos, demográficos, médico-sanitários, políticos e econômicos internacionais, políticos e econômicos internos (uso eleitoral da esterilização de mulheres, esterilização e mercado de trabalho feminino, gratuidade e pagamento da esterilização, situação atual da assistência à saúde, aspectos jurídicos e aspectos antropológicos e sociais (esterilização feminina sob o ponto de vista étnico); a análise da atuação das instituições de planejamento familiar, apontando as principais organizações e instituições internacionais, as principais instituições brasileiras, a atuação da BEMFAM – Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil e a atuação do CPAIMC – Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança; e o resumo dos depoimentos.

Frente à produção deste conjunto documental, a CPI resultou na constatação da inexistência de política de saúde da mulher por parte do Governo Federal; do interesse internacional na implementação de controle demográfico no Brasil, acompanhado de

¹⁰³ Ibidem.

¹⁰⁴ Ibidem.

¹⁰⁵ Ibidem.

¹⁰⁶ Ibidem, p. 28.

¹⁰⁷ Ibidem.

¹⁰⁸ Ibidem, p. 30.

investimentos vultuosos para atingir seus objetivos, que financiam as instituições que realizam o controle da fertilidade no Brasil (as maiores eram a BEMFAM e o CPAIMC); da grande redução da taxa de crescimento demográfico do Brasil (de 2,5% ao ano para 1,9%, não obstante a diminuição da mortalidade¹⁰⁹); da prevalência de esterilização cirúrgica feminina e do uso da pílula anticoncepcional como métodos contraceptivos, sendo que para este não há controle da saúde da usuária, com quase 50% de automedicação ou indicação de farmacêutico; da esterilização em massa de mulheres no Brasil¹¹⁰ e de sua realização “durante o curso de cesarianas¹¹¹, indicadas com o objetivo de se realizar, simultaneamente, a laqueadura tubária”¹¹².

A situação da esterilização em massa de mulheres no Brasil, com suas consequências negativas no campo dos direitos humanos, da cidadania, das relações sociais, econômicas e políticas, internas e internacionais, tende a se agravar, caso medidas eficazes não sejam tomadas em tempo pelos Poderes da República. Todos os Poderes devem se mobilizar para estancar, enquanto não seja tarde, o processo de degradação humana daí decorrente¹¹³.

Com tais conclusões, foram feitas recomendações ao Poder Legislativo, no sentido de votar o Projeto de Lei apresentado, que visava regulamentar o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata de planejamento familiar, de aprovar o Projeto de Resolução nº 49/91, que “Cria a Comissão de Direitos Humanos e dá outras providências”¹¹⁴ e de instituir, dentro da Comissão de Direitos Humanos a ser criada, uma Subcomissão de Direitos Reprodutivos, para acompanhar e fiscalizar a implementação da Lei de Planejamento Familiar¹¹⁵; ao Poder Executivo, enquanto Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Desporto, Secretaria de Ciência e Tecnologia, Ministério das

¹⁰⁹ Ibidem, p. 116.

¹¹⁰ “Segundo os dados do IBGE, havia em 1986, 5.900.238 mulheres esterilizadas para evitar filhos, correspondendo a um percentual de 15,8% das mulheres brasileiras de 15 a 54 anos e a 27% do total das mulheres brasileiras de 15 a 54 anos alguma vez unidas (união legal ou informal, atual ou passada), percentual pelo menos três vezes maior que nos países desenvolvidos e superior ao da quase totalidade dos países em desenvolvimento”. Ibidem, p. 117.

¹¹¹ “Cumprir ressaltar que o Brasil apresenta uma das maiores taxas mundiais de partos por cesária. As esterilizações são realizadas no curso das cesarianas, freqüentemente indicadas com o objetivo único da realização da laqueadura (Costa, 1996)”. VELEDA DA SILVA, Susana Maria. **Inovações nas Políticas Populacionais: o planejamento familiar no Brasil**. In: *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, nº 69, 01 ago. 2000. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn-69-25.htm>> Acesso em 10 out. 2018. P. 6.

¹¹² BRASIL, op. cit.

¹¹³ Ibidem, p. 118.

¹¹⁴ Ibidem.

¹¹⁵ Tal plano foi aprovado, com promulgação em 12 de janeiro de 1996, como a Lei nº 9.263/96.

Relações Exteriores, Ministério da Fazenda e Ministério do Trabalho, para que se implantasse o PAISM, que se realizassem campanhas de divulgação de informações sobre a saúde da mulher e os métodos contraceptivos, que fossem desenvolvidos projetos de pesquisa visando o aperfeiçoamento da contracepção, para que se promovesse a divulgação internacional da política de saúde reprodutiva do Brasil, repelindo tentativas de controle estrangeiro do controle demográfico, que se atualizassem as estatísticas do IBGE quanto à contracepção e para que fossem incluídas nas atividades de fiscalização de empresas a preocupação de investigar as denúncias oferecidas na CPI; e a outras instituições, como Estados e Municípios, Ministério Público Federal e Conselho Federal de Medicina, para maior difusão de informações, investigações e campanhas nacionais de esclarecimento quanto ao tema.

Essa CPI documentou os riscos para a saúde das mulheres face aos abusos dessa prática, conduzida de forma indiscriminada e clandestina. Esta situação se traduziu em um projeto de lei aprovado no Congresso Nacional em 1996 (Lei N.9263-12/01/96), que além de regulamentar o exercício do direito reprodutivo - dentro de uma visão de atendimento integral à saúde, proibindo a utilização de ações políticas para qualquer tipo de controle demográfico - regulamentaria a esterilização no País, prevendo a possibilidade de que mulheres e homens com mais de 25 anos e pelo menos 2 filhos vivos possam recorrer a hospitais públicos para solicitarem espontaneamente a esterilização. Para tanto, o Serviço Único de Saúde (SUS) deve garantir um programa de atenção integral à saúde em todos os seus níveis¹¹⁶.

O projeto de lei apresentado nos anexos do relatório da CPI foi aprovado, tornando-se a Lei nº 9.263/96, com veto ao artigo que tratava da regulamentação da esterilização pelo então Presidente Fernando Henrique Cardoso. Apesar de ter reconhecido publicamente o erro de tal vedação, a derrubada do veto se deu apenas em 14 de agosto de 1997¹¹⁷. Assim, a Lei passou a proibir “a esterilização de mulheres durante o parto ou aborto, "exceto nos casos de comprovada necessidade", como é o caso de cesarianas sucessivas”¹¹⁸.

¹¹⁶ VELEDA DA SILVA, Susana Maria. **Inovações nas Políticas Populacionais: o planejamento familiar no Brasil**. In: *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, nº 69, 01 ago. 2000. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn-69-25.htm>> Acesso em 10 out. 2018. P. 7.

¹¹⁷ Ibidem.

¹¹⁸ Ibidem.

Segundo Susana Maria Veleda da Silva¹¹⁹, a opção pela esterilização deveria ser tácita e documentada, com comunicação pelos médicos ao Ministério da Saúde de todas as esterilizações realizadas. Além disso, a paciente deveria se inscrever, junto de sua família, em um programa de planejamento familiar para, em dois meses, se informar sobre métodos contraceptivos¹²⁰.

No entanto, as atitudes tomadas parecem não ter vingado no país. Conforme André Junqueira Caetano demonstra, a partir da análise da implementação da Lei de Planejamento Familiar, por Berquó e Cavenaghi, de 2003, “os resultados indicavam que a prática usual da esterilização cirúrgica pouco havia mudado após as portarias que regulam a Lei n. 9.263”¹²¹, levando ao “descompasso, no SUS, entre demanda e oferta dentro dos critérios da lei”¹²².

No caso da esterilização cirúrgica feminina, deve-se considerar que a Lei n. 9.263 e as portarias que a regulamentam não estabelecem estímulos para a organização de serviços de planejamento familiar por parte dos gestores de saúde municipais. Tampouco foram previstas sanções para o descumprimento da lei por parte de médicos e serviços (VIEIRA; FORD, 2004)¹²³.

Ainda, segundo Télia Negrão¹²⁴, na segunda metade de 2006 foi lançado, em Porto Alegre – RS, o “aval da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para que a Organização Não Governamental – Instituto Mulher Consciente – IMC, em parceria

¹¹⁹ Doutoranda em Geografia Humana – Universitat Autònoma de Barcelona. Autora do artigo “**INOVAÇÕES NAS POLÍTICAS POPULACIONAIS: O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL**”, de 2000.

¹²⁰ “Além disso, todo indivíduo que requeira a esterilização cirúrgica deve passar por um período de aconselhamento de 60 dias, durante o qual deverá ser informado sobre o procedimento e suas implicações, bem como sobre os métodos reversíveis. O serviço deve ser capaz de prover tais métodos. À autoridade estadual ou municipal com gestão plena do sistema de saúde cabem a aprovação e o credenciamento do serviço (BRASIL, 1999b; LUIZ; CITELI, 2000). Apenas os serviços do SUS devidamente certificados podem receber reembolso para os procedimentos hospitalares de laqueadura tubária e vasectomia”. CAETANO, André Junqueira. **Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada**. In Revista Brasileira de Estudos de População – REBEP. Rio de Janeiro, v. 31, nº 2, p. 309 – 331, jul/dez 2014. Disponível em < <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/671/650>>. Acesso em 06 out. 2018. P. 313.

¹²¹ Ibidem, p. 314.

¹²² Ibid., p. 316.

¹²³ Ibid., p. 327.

¹²⁴ Jornalista. Mestre em Ciência Política. Especialista em Gestão Pública Participativa. Secretária executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero da UFRGS.

com o Laboratório Organon”¹²⁵ para o desenvolvimento “de um programa de implantes de contraceptivos hormonais em jovens de 15 a 18 anos de idade, em dez bairros da capital do Rio Grande do Sul”¹²⁶, relatado à seguir.

3.2 A VOLTA DO CONTROLE DA NATALIDADE¹²⁷

O programa de implantes de contraceptivos hormonais, instaurado em Porto Alegre – RS, no ano de 2006, foi recebido calorosamente pela mídia, com anúncios positivos de sua execução, afirmando que “Jovens até 20 anos representam 17,6% das grávidas em Porto Alegre”¹²⁸ e que o “índice de gravidez na adolescência continua a crescer no Brasil”¹²⁹, de modo a justificar o programa voltado às adolescentes de 15 a 18 anos de idade, residentes principalmente de regiões periféricas e pouco abastadas da capital.

A aplicação teve início em dois bairros: o de Navegantes, onde se situa um bolsão de pobreza representado por uma favela, com registros persistentes de exploração sexual de meninas, filhas de trabalhadores papeleiros; e na Restinga, situada na Zona Sul, com cerca de 200 mil habitantes. Entre as concentrações populacionais mais pobres da capital gaúcha, em sua grande maioria afrodescendentes, esse bairro se origina de uma política municipal na década de 1970, de transferência de famílias carentes para locais distantes do centro da cidade (Nunes, 1997)¹³⁰.

A celeridade da implantação do programa não passou despercebida, tendo em vista que “o programa não fora submetido à análise do Conselho Municipal de Saúde e tampouco à Assessoria de Planejamento da SMS (instância que elabora as políticas municipais) e ao Comitê de Ética em Pesquisa”, lançando um alerta ao movimento de mulheres que, solidificado na Rede Feminista, elaborou nota-denúncia anunciando que

¹²⁵ NEGRÃO, Télia. **Uma ação Sinérgica por Direitos Reprodutivos: uma história sem fim**. 2012. In: Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.164-176, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/14.pdf>>. Acesso em 02 out. 2018. P. 166.

¹²⁶ Ibidem.

¹²⁷ Ibidem, p. 167.

¹²⁸ Ibidem, p. 166.

¹²⁹ Ibidem.

¹³⁰ Ibidem, p. 167.

*“Implantes hormonais em jovens: a volta do controle da natalidade, uma violação aos direitos humanos”*¹³¹.

Apesar das denúncias do movimento de mulheres, do Conselho Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa, a suspensão do programa chegou ao Conselho apenas após seis meses, momento em que a ONG recua e se dissolve, enquanto os implantes passam a ser distribuídos em conformidade com a Lei de Planejamento Familiar. Não obstante, o médico coordenador do programa obteve expressiva votação no pleito para vereador na Restinga, bairro da capital gaúcha onde o programa teve maiores impactos.

Hoje, as jovens e adolescentes alvos do Projeto de Implantes Hormonais de Porto Alegre seriam sujeitos de Proteção Integral com ganho de autonomia, conforme o Art. 17 do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei no 8.069, de 3/7/1990 que diz: “O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais (ECA)”¹³².

Segundo a autora, o caso em tela demonstra a necessidade de afirmação da democracia participativa, argumentando que “o empoderamento político ajuda a aumentar o poder e o controle das mulheres sobre suas próprias vidas”¹³³. Mais do que nunca, esta necessidade mostrou-se saliente no caso de Janaina que, conforme se demonstrará no próximo tópico, não teve direito de opinar sobre seu próprio corpo.

3.3 SÓ JANAINA NÃO VIU

Por fim, a divulgação recente de um caso de esterilização feminina realizada mediante decisão judicial sem contraditório causou comoção nas redes sociais. Oscar Vilhena Vieira, colunista da Folha de S. Paulo e diretor e professor da Fundação Getúlio Vargas – FGV Direito SP, expôs em sua coluna, em 09 de junho de 2018, a história de

¹³¹ Ibidem, p. 167.

¹³² Ibid., p. 172.

¹³³ Ibid., p. 173.

Janaina Aparecida Quirino, pobre, em situação de rua, dependente química¹³⁴, mãe, que foi esterilizada compulsoriamente após propositura de ação civil pública por membro do Ministério Público.

Tal ação – nº 1001521-57.2017.8.26.0360 – foi proposta contra Janaina e o Município de Mococa, para que ela fosse esterilizada no prazo de trinta dias, conforme tutela de urgência deferida. No entanto, o Município informou ser impossível realizar cirurgias não urgentes em prazo tão exíguo, devido à sistemática do SUS. Também esclareceu que Janaína estava grávida quando da decisão judicial, motivo impeditivo à realização do procedimento.

Após a suspensão da tutela de urgência, à requerimento do Ministério Público, o Município pugnou pela indicação de curador especial dativo à Janaina, bem como pela realização de prova pericial e testemunhal, requerendo ofício ao CAPS para remessa do prontuário, com atestados, laudos e tratamentos ministrados à Janaina. O “parquet” entendeu que o conjunto probatório dos autos já era satisfatório quanto aos elementos de saúde física e psíquica da requerida.

Em sua decisão, o Juiz Djalma Moreira Gomes Júnior, da 2ª Vara do Foro de Mococa – SP, entendeu desnecessária a produção de outras provas e decidiu pela procedência do pedido, sob a justificativa genérica de que se trataria de manutenção da saúde de Janaina.

Note-se que os requeridos são revéis, uma vez que deixaram de apresentar contestação no prazo legal e, embora não seja possível aplicar-lhes os efeitos da revelia, por se estar diante de direito indisponível, a presente demanda há de ser julgada **PROCEDENTE**.

Com efeito, os documentos médicos carreados nos autos dão conta de que, inquestionavelmente, JANAÍNA APARECIDA QUIRINO necessita do tratamento ora solicitado e a ausência no seu fornecimento poderá acarretar sérios riscos à sua saúde.

¹³⁴ MENDES, G. e VIVIANI, L. **COMO UM JUIZ E UM PROMOTOR DETERMINARAM A ESTERILIZAÇÃO DE UMA MORADORA DE RUA?** Brasília: JOTA. 11 jun. 2018. Disponível em: < <https://www.jota.info/justica/juiz-esterilizacao-moradora-de-rua-11062018> > Acesso em 11 jun. 2018.

Ademais, a obrigação das pessoas políticas assegurarem a efetividade do direito à saúde do cidadão é inquestionável e encontra fundamento em diversos diplomas legais¹³⁵.

Cumpre salientar que Janaina não possuía advogado constituído para este processo, de modo que sua defesa restou prejudicada¹³⁶.

Ainda assim, o Município de Mococa interpôs recurso de apelação, sendo Janaina parte interessada, obtendo a reforma da sentença. Porém esta decisão foi proferida após a realização da cirurgia que, como apresentado anteriormente, possui caráter irreversível.

Basta lembrar que Constituição expressamente proíbe que o Estado brasileiro interfira "coercitivamente" na decisão sobre a paternidade (artigo 226, parágrafo 7º.), além do que, a lei 9.263/96, que regula o planejamento familiar, veda o controle de natalidade que tenha natureza demográfica.

Também causa perplexidade o fato do magistrado, dada a condição de vulnerabilidade de Janaina, não ter nomeado um curador especial, no caso um defensor público, que representasse os seus interesses em juízo.

Conforme expresso no acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo, a decisão que determinou a cirurgia foi proferida sem que Janaina fosse ouvida ou defendida; e sequer uma audiência fosse realizada¹³⁷.

Apesar do atraso da decisão ter permitido o final trágico de Janaina, interessante se faz a análise dos votos dos magistrados que compuseram o quórum da apelação.

3.3.1 Desembargador Paulo Dimas Mascaretti (relator)

Relator do acórdão, o MM. Desembargador Paulo Dimas Mascaretti reconheceu a legitimidade do *parquet* na propositura da ação, por tratar-se Janaina de pessoa hipossuficiente, usuária de entorpecentes, que passara por internação compulsória para o

¹³⁵ TJSP. Foro de Mococa. **Sentença dos autos nº 1001521-57.2017.8.26.0360**. Juiz: Djalma Moreira Gomes Jr. Disponível em: < <https://esaj.tjsp.jus.br/cpopg/show.do?processo.codigo=A00000Q4M0000>>. Acesso em 14 out. 2018.

¹³⁶ Anexo IX.

¹³⁷ VIEIRA, Oscar Vilhena. **JUSTIÇA, AINDA QUE TARDIA**. São Paulo: Folha de S. Paulo. 09 jun. 2018. Disponível em: < https://www1.folha.uol.com.br/columnas/oscarvilhenavieira/2018/06/justica-ainda-que-tardia.shtml?loggedpaywall#_=_> Acesso em 11 jun. 2018.

tratamento da dependência química¹³⁸. No entanto, frisou que Janaina não fora assertiva quanto a sua vontade de fazer a laqueadura, inclusive sem manifestação recente desta vontade.

De acordo com relatório informativo do CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social do Município de Mococa, ao final do ano de 2016 ela teria recebido orientações quanto ao procedimento, sendo agendados exames médicos para tanto; em 23/01/2017, compareceu ela ao CAPS-AD, retirando todos os pedidos de exames já agendados, tendo sido orientada a ir ao PPA procurar a enfermeira responsável pela “rede cegonha”, para orientá-la e procurar a referência adequada dentro do serviço; após esta data, **não mais procurou o serviço de saúde para essa finalidade, não sendo observada a sua adesão ao procedimento cirúrgico** (v. fls. 09/10). Procurada em março de 2017, Janaína Aparecida já não sabia se havia dado início ao processo para se submeter à laqueadura, dando conta que não fez mais qualquer contato com o sistema de saúde; na oportunidade até teria **manifestado interesse em realizar a esterilização** (v. fls. 11/12). Já no curso deste feito, quando já havia sido deferida a antecipação da tutela de urgência a fls. 30/31, ela foi procurada pela enfermeira responsável da “rede cegonha” da Municipalidade de Mococa, tendo sido encontrada desnutrida, com aparência descuidada e de falta de higiene, relatando uso de álcool diário; e, agendada consulta ginecológica no dia 31/07/2017, **deixou de comparecer** (fl. 46)¹³⁹.

Diante disso, o MM. Desembargador argumentou pela não licitude da esterilização compulsória no ordenamento jurídico brasileiro, utilizando-se das disposições da Lei nº 9.263/96, que trata do planejamento familiar¹⁴⁰. Apontou, ainda, que Janaina não foi considerada absolutamente incapaz, de modo que, em tese, teria capacidade para decidir sobre o procedimento cirúrgico. Por outro lado, se considerada incapaz para os atos da vida civil, teria direito a curador legal, que deveria decidir por Janaina, sendo, também desta forma, absurda a determinação judicial para o procedimento.

E caso se considere Janaina Aparecida Quirino absolutamente incapaz de reger seus atos, não se poderia impor no presente feito a realização do procedimento,

¹³⁸ TJSP. **Apelação nº 1001521-57.2017.8.26.0360. Voto nº 20.073**. Relator: Desembargador Paulo Dimas Mascaretti. DJ: 20.06.2018. Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cposg/search.do?jsessionid=B007B3B01BBE7C5BE1EFCB77DD0CA404.cposg3?conversationId=&paginaConsulta=1&localPesquisa.cdLocal=-1&cbPesquisa=NUMPROC&tipoNuProcesso=UNIFICADO&numeroDigitoAnoUnificado=1001521-57.2017&foroNumeroUnificado=0360&dePesquisaNuUnificado=1001521-57.2017.8.26.0360&dePesquisa=&uuidCaptcha=>>>. Acesso em: 14 out. 2018. Fls. 163.

¹³⁹ Ibidem, fls. 163.

¹⁴⁰ Tratada no capítulo do “saber jurídico”.

pois inexistia notícia de interdição judicial, com submissão à curatela legal, tudo a indicar que a compulsoriedade da laqueadura representaria, aqui, grave afronta ao princípio da dignidade da pessoa humana¹⁴¹.

Com esta fundamentação, o Relator votou pela rejeição do pedido inicial, com a revogação da medida liminar concedida e dando provimento ao recurso do Município de Mococa.

3.3.2 Desembargador Leonel Costa

O MM. Desembargador inicia seu voto afirmando que “o pedido é de esterilização compulsória eugênica ou demográfica, contra a vontade da parte, tendo por fundamento jurídico sua pobreza”¹⁴², apresentando entendimentos dos Tribunais Superiores e do TJSP sobre a missão constitucional e institucional do Ministério Público.

A petição inicial não trouxe qualquer alegação a esse respeito nem veio instruída com alguma prova médica indicativa da urgência e imprescindibilidade da mutilação e esterilização.

Ao contrário, o inusitado e inédito pedido veio acompanhando de um ofício da Assistência Social local indicando o desinteresse da corré Janaína em fazer a laqueadura (fls. 09/10) e mais um relatório do Departamento Municipal de Saúde, subscrito por uma enfermeira e duas agentes comunitárias de saúde (fls. 11 e 12), que sugeriram que a senhora Janaína teria manifestado algum interesse em fazer a laqueadura. Instrui a inicial, também, um laudo de assistente social que apontaria as condições modestas da família¹⁴³.

Demonstra a vedação pelo Direito Brasileiro da esterilização compulsória eugênica postulada, trazendo a classificação de esterilização proposta por Antônio Chaves, descrevendo cada um dos quatro tipos, para constatar que o pedido se equipara

¹⁴¹ TJSP, op. cit., fls. 167.

¹⁴² TJSP. **Apelação nº 1001521-57.2017.8.26.0360. Voto nº 20.073.** Relator: Desembargador Paulo Dimas Mascaretti. DJ: 20.06.2018. Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cposg/search.do?jsessionid=B007B3B01BBE7C5BE1EFCB77DD0CA404.cposg3?conversationId=&paginaConsulta=1&localPesquisa.cdLocal=-1&cbPesquisa=NUMPROC&tipoNuProcesso=UNIFICADO&numeroDigitoAnoUnificado=1001521-57.2017&foroNumeroUnificado=0360&dePesquisaNuUnificado=1001521-57.2017.8.26.0360&dePesquisa=&uuidCaptcha=>>>. Acesso em: 14 out. 2018.

¹⁴³ Ibidem, voto convergente.

ao de “castração dos anormais e criminosos”, tratando-se de “inadmissível preconceito social contra os menos favorecidos”¹⁴⁴.

Também alerta para a não designação de Defensor Público para Janaina, concluindo que, se ela não tinha condições para decidir sobre uma cirurgia mutilatória, então não teria condições de se auto representar no processo, de modo que entendeu pela nulidade do procedimento, dada a ocorrência de cerceamento de defesa.

Quanto à esterilização compulsória, descreveu um longo histórico da prática, partindo da primeira metade do século XX, em que era comum a esterilização eugênica dos anormais e dos criminosos sexuais, voltando aos Estados Unidos do século XIX, passando pela Europa higienista e pelo Peru, que teve inúmeros casos de esterilização em regiões com níveis de pobreza elevados, entre 1990 e 2000, chegando ao Brasil de 1991, ano de realização de CPI já tratada neste trabalho. Apresentou, ainda, a Lei de Planejamento Familiar, que regulamenta a esterilização voluntária e veda aquelas de caráter eugenista, para concluir que não há “qualquer direito subjetivo público a amparar a pretensão deduzida” e que os documentos juntados aos autos provocaram “dúvida razoável acerca do consentimento da requerida para a realização do procedimento cirúrgico”.

No caso dos autos, além de não existir expressa manifestação de vontade em documento escrito, que é exigência legal, sequer existe certeza acerca da intenção da ré¹⁴⁵.

Criticou, ainda, a determinação de condução coercitiva de Janaina para o hospital para realização da cirurgia, em 14 de fevereiro de 2018, violando, novamente, a Lei nº 9.263/96, encerrando o seu voto pelo provimento ao recurso da Prefeitura.

¹⁴⁴ TJSP, op. cit., voto convergente.

¹⁴⁵ Ibidem, fls. 187.

3.3.3 Desembargador Bandeira Lins

Em voto convergente, o MM. Juiz destacou a falta de consentimento de Janaina que, caso existente e fosse barrada por negativa de realização da cirurgia pela Prefeitura de Mococa, haveria justificativa para a atuação do Ministério Público, situação que não ocorreu nos presentes autos.

A ideia de que em nome de alguma lei se pudesse proceder de forma diversa implica despossuir a pessoa **dela mesma**: em semelhante perspectiva, a pessoa se *coisifica*; e longe de ser sujeito de direitos, passa a ser, como a propriedade sobre objetos externos, uma *função social*, que, mal desempenhada, dá azo à investidura de vontade **alheia** em domínio pleno sobre o corpo que fora da pessoa¹⁴⁶.

Conforme bem aponta o professor Vieira, o caso denota as consequências “que a profunda e persistente desigualdade causa sobre o reconhecimento das pessoas como sujeitos de direitos”¹⁴⁷.

No caso de Janaina, Paulo Dimas Mascaretti, relator do acórdão, repisou que no “ordenamento jurídico brasileiro não se pode admitir a ‘esterilização compulsória’, uma vez que se trata de ‘procedimento médico invasivo, que lesa a integridade física de forma irreversível’”¹⁴⁸.

¹⁴⁶ Ibidem, segundo voto convergente.

¹⁴⁷ VIEIRA, Oscar Vilhena. **JUSTIÇA, AINDA QUE TARDIA**. São Paulo: Folha de S. Paulo. 09 jun. 2018. Disponível em: < https://www1.folha.uol.com.br/colunas/oscarvilhenavieira/2018/06/justica-ainda-que-tardia.shtml?loggedpaywall#_=_ > Acesso em 11 jun. 2018.

¹⁴⁸ MENDES, G. e VIVIANI, L. **COMO UM JUIZ E UM PROMOTOR DETERMINARAM A ESTERILIZAÇÃO DE UMA MORADORA DE RUA?** Brasília: JOTA. 11 jun. 2018. Disponível em: < <https://www.jota.info/justica/juiz-esterilizacao-moradora-de-rua-11062018> > Acesso em 11 jun. 2018.

4 O SABER JURÍDICO SOBRE O TEMA

Frente ao surgimento epidêmico de relatos de violência obstétrica, principalmente após a divulgação da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”¹⁴⁹ de 2010, realizada pela Fundação Perseu Abramo e pelo SESC, da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e o Nascimento”¹⁵⁰, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, entre 2011 e 2012, e do Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres – **Violência Obstétrica** – “*Parirás com dor*”¹⁵¹ –, de 2012, fez-se necessária a discussão sobre o tema nos mais diversos âmbitos, inclusive no jurídico.

Neste capítulo será discutida a inserção da saúde feminina enquanto tópico legislativo, tanto nos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, quanto na legislação brasileira, até que se chegue às previsões quanto à humanização no parto e, por fim, à violência obstétrica, observando-se a cronologia de sua inserção.

4.1 LEIS VIGENTES E PROJETOS EM TRAMITAÇÃO

Como demonstrado no capítulo anterior, a mulher (e a mulher grávida, também) sempre foi objeto de curiosidade, levando a diversos estudos sobre as mais variadas questões que a envolve. Assim, este interesse, ainda que superficial, não se perderia ao se tratar de legislações, como se pode observar na Lei nº 6.202¹⁵², de 17 de abril de 1975, que trata da atribuição à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares.

¹⁴⁹ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC. **MULHERES BRASILEIRAS E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICO E PRIVADO**. Agosto de 2010. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf> Acesso em 10 ago. 2018.

¹⁵⁰ FIOCRUZ. **NASCE NO BRASIL: INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO**. 2014. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. acesso em 20 ago. 2017.

¹⁵¹ PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica “parirás com dor”**. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 05 abr. 2018.

¹⁵² BRASIL. **Lei nº 6202**, de 17 de abril de 1975. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6202.htm>. Acesso em: 08 jul. 2018.

Após longo período dessas pequenas conquistas, um marco para a questão da violência contra a mulher foi a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará¹⁵³, de 1994, que trouxe uma definição do que se entende como violência contra a mulher¹⁵⁴, bem como do que se considera como direitos das mulheres¹⁵⁵, os deveres do Estado¹⁵⁶ e dos mecanismos interamericanos de proteção¹⁵⁷, além das disposições gerais.

Conforme Salete Maria da Silva e Cristiane Estefania dos Reis Gonçalves¹⁵⁸, até 2013, 17 dos 21 países que compõem a América Latina já contavam com alguma lei nesse sentido¹⁵⁹.

Do ponto de vista cronológico, com exceção de Porto Rico, que fora pioneiro, os países da América Latina foram adotando leis sobre violência contra as mulheres conforme esta sequência: Argentina (1994), Bolívia (1995), Colômbia (1996), Costa Rica (1996), Chile (1994), Equador (1995), El Salvador (1996), Guatemala (1996), Honduras (1997), México (1996), Nicarágua (1996), Panamá (1995), Paraguai e Peru (1993), República Dominicana (1997), Uruguai (1995), Venezuela (1998) e Brasil (2006)¹⁶⁰(ROMERO, 2013; URRUTIA, 2015, PASINATO, 2015)¹⁶¹.

Para além da questão da violência, a saúde da mulher, no Brasil, somente ganhou destaque no final da década de 1990 e na primeira década dos anos 2000, sendo foco de

¹⁵³ OEA. **CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, “CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ”**. 09 jun. 1994. Disponível em < <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm> > Acesso em 01 ago. 2018.

¹⁵⁴ **Artigo 1.** Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Artigo 2. Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:

a. ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;

b. ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e

c. perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra. Ibidem.

¹⁵⁵ Ibidem, Capítulo II.

¹⁵⁶ Ibidem, Capítulo III.

¹⁵⁷ Ibidem, Capítulo IV.

¹⁵⁸ SILVA, Salete Maria da; GONCALVES, C. E.. **Cartografia da Legislação de combate à violência contra a mulher na América Latina: um estudo exploratório**. In: II Simpósio Internacional Pensar e Repensar a América Latina, 2016, São Paulo. Anais do II Simpósio Internacional Pensar e Repensar a América Latina. São Paulo, 2016.

¹⁵⁹ Ibidem, p.7.

¹⁶⁰ BRASIL. Lei nº 11340, de 07 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm>. Acesso em: 08 jul. 2018.

¹⁶¹ SILVA e GONÇALVES, op. cit., p.8.

programas e ações do Ministério da Saúde, como se vê, por exemplo, nas Portarias MS/GM nº 569¹⁶², 570¹⁶³ e 572¹⁶⁴, de 2000, que tratam da instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde, na “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”¹⁶⁵, de 2004, e no manual técnico “Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada”¹⁶⁶, de 2005.

Sobre a atenção obstétrica e neonatal, em 4 de julho de 2005, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.067¹⁶⁷, que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, dentre outras providências. Também neste ano, em dezembro, saiu a portaria nº 2.418¹⁶⁸, que regulamentou, em conformidade com a Lei nº 11.108¹⁶⁹, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. Esta lei, que alterou sua antecessora, de 1990¹⁷⁰, veio para garantir o direito à presença de acompanhante, nos termos citados há pouco. Apesar de importantes, estes instrumentos não tratam diretamente da questão da violência obstétrica, não sendo suficientes para prevenir, coibir e responsabilizar os autores destas condutas¹⁷¹.

A partir de 2010 iniciou-se uma onda de levantamentos de dados sobre os partos no Brasil, que resultaram na constatação de números elevados de cesarianas realizadas

¹⁶² BRASIL. **Portaria nº 569**, de 01 de junho de 2000. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 08 ago. 2018.

¹⁶³ BRASIL. **Portaria nº 570**, de 01 de junho de 2000. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 08 ago. 2018.

¹⁶⁴ BRASIL. **Portaria nº 572**, de 01 de junho de 2000. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0572_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 08 ago. 2018.

¹⁶⁵ BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1ª ed.. Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em 08 ago. 2018.

¹⁶⁶ BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. 2005. Ministério da Saúde, Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf> Acesso em 06 ago. 2018.

¹⁶⁷ Ibidem.

¹⁶⁸ Ibidem.

¹⁶⁹ BRASIL. **Lei nº 11808**, de 07 de abril de 2005. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 08 jul. 2018.

¹⁷⁰ BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 08 jul. 2018.

¹⁷¹ Essa questão será melhor ilustrada mais para frente.

(52% dos nascimentos na rede pública e 88% na rede privada¹⁷²), quando comparados aos índices recomendados pela OMS (a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos¹⁷³), na frequência da ocorrência de situações de violência obstétrica (cerca de 25% das mulheres sofreu algum tipo de agressão neste sentido¹⁷⁴), inclusive caracterizando-se com o descumprimento de normativas já existentes – que é o caso da proibição de acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto.

Com a apresentação de resultados dos levantamentos de dados, alguns legisladores passaram a tratar da questão da violência obstétrica. Como exemplo, cita-se aqui a iniciativa do vereador Silvino Dias de Castro Filho, do município de Estância Turística de Ribeirão Pires – SP, autor do primeiro Projeto de Lei sobre o assunto no país. Tal Projeto de Lei – nº 24¹⁷⁵, de 7 de agosto de 2013 – não foi convertido em Lei, porém precedeu vários projetos semelhantes no estado de São Paulo¹⁷⁶ e em outros estados do país. Dentre estes projetos semelhantes, um foi elevado à condição de Lei ainda em 2013.

O Projeto de Lei nº 77, de 5 de setembro de 2013, do município de Diadema – SP, tornou-se, em 1 de outubro de 2013, a Lei nº 3.363, com a seguinte ementa:

Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Diadema.

Aprovado na íntegra, este Projeto é curioso. Em sua longa justificativa, a proposta contém o relato de uma vítima de violência obstétrica, bem como uma relação de direitos da gestante e da parturiente, com suas respectivas instruções normativas, e dados da

¹⁷² FIOCRUZ. **NAScer NO BRASIL: INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO**. 2014. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. acesso em 20 ago. 2017.

¹⁷³ OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_por.pdf?jsessionid=1DE02CB12B12C3E2C6357F039F26B024?sequence=3> Acesso em 22 abr. 2018.

¹⁷⁴ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC. **MULHERES BRASILEIRAS E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICO E PRIVADO**. Agosto de 2010. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf> Acesso em 10 ago. 2018.

¹⁷⁵ ESTÂNCIA TURÍSTICA DE RIBEIRÃO PIRES. **Projeto de lei nº 24**, de 07 de agosto de 2013. Disponível em: <<http://camararp.sp.gov.br/Servico/Download/7d632b5a-ae8f-4931-874d-63aac7ebcc82.pdf>> Acesso em 29 ago. 2018.

¹⁷⁶ SÃO PAULO (Estado). **Projeto de Lei nº 1.130**, de 13 de dezembro de 2017. São Paulo, SP. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000196412>>. Acesso em 08 jul. 2018.

pesquisa realizada pela página “Violência Obstétrica é Violência contra a mulher”, da rede social *Facebook*.

Posteriormente, texto similar apareceu em diversas outras leis e projetos voltados ao tema, caso, por exemplo, das leis municipais nº 14.598/2015¹⁷⁷, de Curitiba - PR¹⁷⁸, nº 13.061/2015¹⁷⁹, de João Pessoa – PB, e nº 667/2016¹⁸⁰, de Vitória da Conquista – BA; e das leis estaduais nº 16.245/2017¹⁸¹, do Ceará e nº 3.385/2018¹⁸², do Tocantins.

É possível notar que, após a propositura dos Projetos de Lei Federal dos deputados Jean Wyllys¹⁸³, Jô Moraes¹⁸⁴ e Francisco Floriano¹⁸⁵, que tramitam atualmente em conjunto, e que possuem conteúdo semelhante às leis já apontadas, vários municípios

¹⁷⁷ CURITIBA (Município). **Lei nº 14598**, de 16 de janeiro de 2015. Curitiba, PR. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2015/1459/14598/lei-ordinaria-n-14598-2015->>. Acesso em: 08 jul. 2018.

¹⁷⁸ Esta Lei, de 16.01.2015, teve quase todo seu texto vetado, com posterior alteração, em dezembro de 2015, pela Lei nº 14.777. CURITIBA (Município). **Lei nº 14777**, de 22 de dezembro de 2015. Curitiba, PR. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2015/1477/14777/lei-ordinaria-n-14777-2015-altera-os-arts-3-e-4-da-lei-14598-2015-que-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-a-gestante-e-parturiente-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal-visando-principalmente-a-protecao-destas-contr-a-violencia-obstetrica-no-municipio-de-curitiba>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

¹⁷⁹ JOÃO PESSOA (Município). **Lei nº 13061**, de 01 de julho de 2015. João Pessoa, PB. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pb/j/joao-pessoa/lei-ordinaria/2015/1307/13061/lei-ordinaria-n-13061-2015-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-a-gestante-e-a-parturiente-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal-visando-a-protecao-destas-contr-a-violencia-obstetrica-no-municipio-de-joao-pessoa>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

¹⁸⁰ VITÓRIA DA CONQUISTA (Município). **Lei nº 2228**, de 04 de junho de 2018. **Diário Oficial Vitória da Conquista Bahia**. 2140. ed. Vitória da Conquista, BA, 07 jun. 2018. v. 11, p. 96-99. Disponível em: <<http://dom.pmvc.ba.gov.br/diarios/previsualizar/q9jMGmNW/96>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

¹⁸¹ CEARÁ (Estado). **Lei nº 16245**, de 24 de maio de 2017. Fortaleza, CE. Disponível em: <<https://www2.al.ce.gov.br/legislativo/legislacao5/leis2017/16245.htm>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

¹⁸² TOCANTINS (Estado). **Lei nº 2285**, de 27 de julho de 2018. Palmas, TO. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=365587>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

¹⁸³ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633/2014**. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/resultadoPesquisa?numero=7633&ano=2014&autor=&inteiroTeor=&emtramitacao=Todas&tipoproposicao=%5BPPL+-+Projeto+de+Lei%5D&data=12/11/2018&page=false>>. Acesso em 01 ago. 2018.

¹⁸⁴ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.867/2017**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A94A7B89B809809BEEF0CDB5AEEB4EB5.proposicoesWebExterno2?codteor=1574562&filename=Avulso+-PL+7867/2017>. Acesso em 10 ago. 2018.

¹⁸⁵ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 8.219/2017**. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/resultadoPesquisa?numero=8219&ano=2017&autor=&inteiroTeor=&emtramitacao=Todas&tipoproposicao=%5BPPL+-+Projeto+de+Lei%5D&data=12/11/2018&page=false>>. Acesso em 08 ago. 2018.

passaram a ter seus próprios Projetos de Lei ou suas próprias Leis sobre o tema. Outro fator importante foi a aprovação da Lei nº 17.097/2017¹⁸⁶, de Santa Catarina¹⁸⁷.

Assim, foram encontradas cerca de 20 leis aprovadas (municipais, estaduais e federais) sobre a violência obstétrica ou temas paralelos, como a humanização do parto, durante a pesquisa de legislação, bem como em torno de 20 projetos de lei, sendo que a maioria ainda se encontra em tramitação.

Estes textos normativos trazem em suas propostas, de modo geral, a ideia de dispor informações e garantir à gestante ou parturiente a proteção contra a violência obstétrica, principalmente através da divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal¹⁸⁸. Para tanto, mostrou-se importante caracterizar as condutas ofensivas em suas diversas facetas.

ARTIGO 3º¹⁸⁹ - Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I – Tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – Fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – Fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV – Não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – Tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – Fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII – Recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

¹⁸⁶ Seu sancionamento foi muito comemorado, tendo em vista o histórico precursor do estado - SC é considerada pioneira no tema da humanização do parto, sendo o primeiro Estado a aprovar lei que permite a presença de doulas nas maternidades públicas e privadas. BALOGH, Giovanna. **Santa Catarina aprova lei que libera entrada de doulas nas maternidades**. 18 dez. 2015. Disponível em: <<http://www.maesdepeito.com.br/santa-catarina-aprova-lei-que-libera-entrada-de-doulas-nas-maternidades/>>. Acesso em 29 ago. 2018.

¹⁸⁷ SANTA CATARINA (Estado). **Lei nº 17097**, de 17 de janeiro de 2017. Florianópolis, SC. Disponível em: <http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em: 08 jul. 2018.

¹⁸⁸ BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. 2005. Ministério da Saúde, Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf> Acesso em 06 ago. 2018.

¹⁸⁹ DIADEMA (Município). **Lei nº 3363**, de 01 de outubro de 2013. Diadema, SP. Disponível em: <http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313>. Acesso em: 08 jul. 2018. Art. 3º.

- VIII – Promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;
- IX – Impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;
- X - Impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;
- XI – Submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;
- XII – Deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;
- XIII – Proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;
- XIV – Manter algemadas as detentas em trabalho de parto;
- XV – Fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;
- XVI – Após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;
- XVII – Submeter a mulher e/ou o bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;
- XVIII – Submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;
- XIX – Retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;
- XX – Não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 02 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- XXI – Tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia¹⁹⁰.

Preveem, ainda, a possibilidade de elaboração da Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente pelas secretarias de saúde ou operadoras de planos de saúde. Esta cartilha deverá ser disponibilizada às mulheres em estabelecimentos hospitalares, públicos e privados, que também terão cartazes informativos contendo as condutas descritas no Art. 3º, bem como os órgãos e trâmites para a denúncia nos casos de violência. Por fim, é comum encontrar a previsão de sanção administrativa para as instituições responsáveis pelas violências cometidas.

Além dessas leis¹⁹¹ gerais, existem leis mais genéricas, como é o caso da Lei nº 16.245, de 2017, do Ceará, que “institui a semana de conscientização e informação sobre

¹⁹⁰ Este artigo aparece, no todo ou em parte, reproduzido em quase todas as leis levantadas durante este estudo.

¹⁹¹ Cf. As leis de Diadema – SP, de Curitiba – PR, etc.

o parto humanizado”¹⁹², e existem leis mais robustas, como a Lei nº 13.448¹⁹³, de 2017, do município de João Pessoa, e a Lei nº 5.951¹⁹⁴, de 2017, do município de Caruaru. Junto às previsões supracitadas, estas duas leis tratam de medidas para a humanização da via de nascimento, seja através de orientações para a elaboração do plano de parto¹⁹⁵, seja pela enumeração de alternativas à medicalização do parto¹⁹⁶. Para além, a Lei pessoense prevê penalidades quando do descumprimento de suas previsões¹⁹⁷, enquanto a caruaruense trata do controle dos índices de cesarianas e das boas práticas obstétricas¹⁹⁸.

Em âmbito nacional, existem três Projetos de Lei em tramitação conjunta, referentes à questão da violência obstétrica. O mais antigo deles é o PL nº 7.633, de autoria do Deputado Jean Wyllys. Propondo-se a dispor “sobre a humanização da

¹⁹² CEARÁ (Estado). **Lei nº 16245**, de 24 de maio de 2017. Fortaleza, CE. Disponível em: <<https://www2.al.ce.gov.br/legislacao/legislacao5/leis2017/16245.htm>>. Acesso em: 08 jul. 2018. Ementa.

¹⁹³ JOÃO PESSOA (Município). **Lei nº 13448**, de 04 de julho de 2017. João Pessoa, PB. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=357604>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

¹⁹⁴ CARUARU (Município). **Lei nº 5951**, de 02 de outubro de 2017. Caruaru, PE. Disponível em: <<https://caruaru.pe.gov.br/wp-content/uploads/2018/06/113-Humaniza%C3%A7%C3%A3o-da-assist%C3%A2ncia-a-mulher-LEI-5.951-de-02.10.2017.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

¹⁹⁵ “Art. 6º No Plano Individual de Parto, a gestante manifestará sua vontade em relação:

I – à presença ou não, durante todo o trabalho de parto ou em parte dele, de um(a) acompanhante livremente indicado por ela, nos termos da Lei 11.108 de 07 de abril de 2005;

II – à presença de acompanhante nas consultas preparatórias para o parto e/ou nas consultas de pré-natal;

III – à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor;

IV – à realização de analgesia farmacológica para alívio da dor com administração de anestésicos, após ser a parturiente informada sobre os riscos e benefícios de tal procedimento para o binômio mãe-filho(a);

V – ao modo como serão monitorados os batimentos cardíacos;

VI – ao uso de posição verticalizada do parto;

VII – ao alojamento conjunto”. Ibidem.

¹⁹⁶ “Art. 2º Para os efeitos desta lei, tem-se como assistência humanizada do pré-natal, trabalho de parto, parto, cirurgia cesárea e abortamento, o atendimento feito por qualquer profissional, contratada(o) ou prestador(a) de serviços, dentro da rede hospitalar, casa de parto ou similar, seguindo o preceituado pelas recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde de 1996 (OMS), a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias nºs 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde e, em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008, considerando principalmente:

(...)

XII - disponibilizar à parturiente métodos não-farmacológicos para alívio da dor, tais como:

a) Barra fixa;

b) Escada de Ling;

c) Bola de Bobath;

d) Cavalinho;

e) Chuveiro e/ou banheira com água quente;” JOÃO PESSOA (Município). **Lei nº 13448**, de 04 de julho de 2017. João Pessoa, PB. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=357604>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

¹⁹⁷ Ibidem, capítulo III.

¹⁹⁸ CARUARU, op. cit., capítulo III.

assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal”¹⁹⁹, este texto normativo traz, em seu Título II, uma tratativa sobre a erradicação da violência obstétrica, prevendo medidas de fiscalização, informação e prevenção das condutas ofensivas.

Em 13 de junho de 2017, a Deputada Jô Moraes protocolou o Projeto de Lei nº 7.867, tratando de “medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”²⁰⁰. Baseado na então recém sancionada Lei nº 17.097, de 2017, de Santa Catarina, e nas disposições Constitucionais, tal projeto conserva a estrutura apresentada nas leis que já vigiam em diversos municípios²⁰¹.

Pouco tempo depois, em 09 de agosto de 2017, o Deputado Francisco Floriano apresentou o Projeto de Lei nº 8.219, que “Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após”²⁰², repetindo diversas disposições já apresentadas nos dois projetos anteriores.

Entretanto, apesar de curiosas e diversificadas, as legislações brasileiras sobre violência obstétrica e humanização do parto não são novidades, muito menos exclusividade, do ordenamento jurídico brasileiro.

4.2 PREVISÃO NO DIREITO COMPARADO

Focando na questão tema deste trabalho, buscou-se a legislação existente na América do Sul²⁰³. Assim, foram encontradas Leis na Argentina, considerada berço da

¹⁹⁹ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633/2014**. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/resultadoPesquisa?numero=7633&ano=2014&autor=&inteiroTeor=&emtramitacao=Todas&tipoproposicao=%5BPL+-+Projeto+de+Lei%5D&data=12/11/2018&page=false>>. Acesso em 01 ago. 2018. Ementa.

²⁰⁰ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.867/2017**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A94A7B89B809809BEEF0CDB5AEEB4EB5.proposicoesWebExterno2?codteor=1574562&filename=Avulso+-PL+7867/2017>. Acesso em 10 ago. 2018. Ementa.

²⁰¹ Definição da violência obstétrica, enumeração de condutas ofensivas, determinação de cartazes informativos nas instituições hospitalares e sujeição dos infratores às penalidades previstas na esfera sanitária, penal e civil.

²⁰² BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 8.219/2017**. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/resultadoPesquisa?numero=8219&ano=2017&autor=&inteiroTeor=&emtramitacao=Todas&tipoproposicao=%5BPL+-+Projeto+de+Lei%5D&data=12/11/2018&page=false>>. Acesso em 08 ago. 2018. Ementa.

²⁰³ Optou-se por estas legislações, tendo em vista as proximidades culturais e geográficas com o Brasil.

tratativa da violência obstétrica, e na Venezuela, bem como dados do Observatório de Violência Obstétrica – OVO, do Chile, apesar de não haver lei específica até então.

A primeira lei argentina que se propôs a tratar sobre o parto, é de 25 de agosto de 2004²⁰⁴, propondo sua humanização. Regulamentada pelo Decreto nº 2.035, de 24 de setembro de 2015, esta lei garantiu diversos direitos às grávidas, parturientes e puérperas, apesar de não apresentar uma definição de violência obstétrica, nem citá-la.

Artículo 2º - Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma ²⁰⁵.

²⁰⁴ ARGENTINA. **Lei nº 25.929**, de 25 de agosto de 2004. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf> Acesso em 15 ago. 2018.

²⁰⁵ Em tradução livre: “Artigo 2 - Toda mulher, em relação à gravidez, parto, parto e pós-parto, tem os seguintes direitos:

- a) Ser informado sobre as diferentes intervenções médicas que podem ocorrer durante esses processos, para que possam escolher livremente quando houver diferentes alternativas.
- b) Ser tratado com respeito, de maneira individual e personalizada, que garanta a privacidade durante todo o processo de cuidado à saúde e leve em consideração suas diretrizes culturais.
- c) Ser considerado, na sua situação em relação ao processo de nascimento, como uma pessoa saudável, para que sua participação como protagonista de seu próprio nascimento seja facilitada.
- d) Ao parto natural, respeitoso dos tempos biológicos e psicológicos, evitando práticas invasivas e medicamentos que não sejam justificados pelo estado de saúde da parturiente ou do feto.

Representando grande avanço na proteção dos direitos das grávidas, a lei precedeu outra, de 2009. Neste ano, a Argentina sancionou a Lei nº 26.485²⁰⁶, que trata da violência contra a mulher. Distinguindo seis tipos de violência contra a mulher, esta lei, baseada nos preceitos da Convenção de Belém²⁰⁷, traz uma definição para a violência obstétrica:

ARTICULO 6º — Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes:

(...)

e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929²⁰⁸.

Além da definição, que fala em trato desumanizado, medicalização excessiva e patologização dos processos naturais do corpo feminino, exercido pelo profissional da saúde, a Lei impõe a necessidade de maior empenho das entidades legislativas, executivas e judiciárias para a erradicação das violências contra as mulheres.

e) Ser informado sobre a evolução do seu nascimento, o estado do seu filho ou filha e, em geral, estar envolvido nas diferentes ações dos profissionais.

f) Não deve ser submetido a nenhum exame ou intervenção cujo objetivo seja investigar, salvo consentimento por escrito, mediante protocolo aprovado pelo Comitê de Bioética.

g) Ser acompanhado por uma pessoa da sua confiança e escolha durante o parto, parto e pós-parto.

h) Ter seu filho ou filha ao seu lado durante a permanência na unidade de saúde, desde que o recém-nascido não necessite de cuidados especiais.

i) Ser informado, desde a gravidez, sobre os benefícios da amamentação e receber apoio para amamentar.

j) Receber conselhos e informações sobre o cuidado de si e da criança.

k) Ser informada especificamente sobre os efeitos adversos do tabaco, álcool e drogas na criança e em si mesma.”. Ibidem.

²⁰⁶ ARGENTINA. **Lei nº 26.485**, de 01 de abril de 2009. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf> Acesso em 15 ago. 2018.

²⁰⁷ SILVA, Salete Maria da; GONCALVES, C. E.. **Cartografia da Legislação de combate à violência contra a mulher na América Latina: um estudo exploratório**. In: II Simpósio Internacional Pensar e Repensar a América Latina, 2016, São Paulo. Anais do II Simpósio Internacional Pensar e Repensar a América Latina. São Paulo, 2016. P. 10.

²⁰⁸ Tradução livre: “ARTIGO 6 - Modalidades. Para os fins desta lei, as modalidades são definidas como maneiras pelas quais diferentes tipos de violência contra as mulheres se manifestam diferentes áreas, especialmente as seguintes:

(...)

e) Violência obstétrica: aquela exercida pelo pessoal de saúde sobre o corpo e processos reprodutivos das mulheres, expressa em um tratamento desumanizado, medicalização e patologização de processos naturais, de acordo com a Lei 25.929.”. ARGENTINA, op. cit.

Essas disposições não ficaram restritas ao solo argentino, de modo que, ainda em 2007, a Venezuela sancionou sua Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma vida Livre da Violência²⁰⁹. Dentre suas disposições, aparecem a definição do que é a violência obstétrica e as penalidades que advém dela – tais penas são inovadoras em relação à legislação argentina, que não prevê sanção para essas condutas ofensivas.

artículo 51. violencia obstétrica. Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

(...)

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda²¹⁰.

Apesar de não contar com legislação própria ao tema, o Chile conta com o Observatório de Violência Obstétrica – OVO, que nasceu da necessidade de visibilizar, denunciar e acompanhar mulheres, recém-nascidos, casais e profissionais envolvidos em casos de violência obstétrica nas instituições públicas e privadas do país²¹¹. Esta organização não governamental mantém plataforma online desde 2015, através da qual disponibiliza material informativo, promove eventos e faz levantamentos de dados e estudos sobre a violência obstétrica no Chile.

Dentre os dados colhidos, está o referente ao tempo que a mãe passa com o bebê logo após o parto, cerca de metade do recomendado pela OMS, apontando em quais áreas a prática é recorrente²¹².

²⁰⁹ Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. 23 de abril de 2007. Caracas. Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>> Acesso em 15 ago. 2018.

²¹⁰ Tradução livre: Art. 51. **Violência Obstétrica**. Se consideran atos constitutivos de violência obstétrica os executados por profissional da saúde, consistentes em:

(...)

Nesses casos, o tribunal aplicará uma multa de duzentos e cinquenta (250 UT) a quinhentas unidades fiscais (500 UT) e enviará uma cópia autenticada da condenação definitiva definitiva à respectiva associação profissional ou instituição sindical, para para efeitos do procedimento disciplinar correspondente.”. Ibidem.

²¹¹ OBSERVATÓRIO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DO CHILE. 2015. Disponível em: <<http://ovochile.cl/ovo-chile-observatorio-de-violencia-obstetrica/>> Acesso em 01 set. 2018.

²¹² OBSERVATÓRIO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DO CHILE. **En Menos del 20 de los partos en Chile madre esta 30 minutos con su hijo**. 2015. Disponível em: <<http://ovochile.cl/en-menos-del-20-de-los-partos-en-chile-madre-esta-30-minutos-con-su-hijo/>> Acesso em 01 set. 2018.

Como se pode observar até aqui, as legislações argentina e venezuelana são efetivas ao delinear as condutas ofensivas no âmbito do parto, bem como ao exigir medidas das três esferas de poder e prever punições nos casos em que ocorra. No mesmo sentido, as leis brasileiras e os projetos em tramitação preveem mecanismos de prevenção e combate à violência obstétrica que, teoricamente, dão conta de coibir tais práticas no Brasil. Desta forma, importante se faz o levantamento da efetividade prática das normas brasileiras, quanto à sua aplicabilidade.

4.3 UM RÁPIDO OLHAR SOBRE A JURISPRUDÊNCIA BRASILEIRA

Com o surgimento de estudos e pesquisas quanto à violência obstétrica, a formulação de leis sobre o tema no Brasil foi a consequência lógica a ser alcançada com a exposição de seus resultados. No entanto, entre a criação de uma lei e sua efetiva aplicação pelo ordenamento jurídico, há um longo caminho a se percorrer. Nesse sentido, objetiva-se com este item demonstrar se há ou não a aplicação no Brasil das leis vigentes sobre a violência obstétrica.

Primeiramente, se faz importante ressaltar que, em se tratando de violência de gênero e institucional, a violência obstétrica não pode ser encarada como mero erro médico, inclusive para fins de responsabilização de indivíduos, sendo tida como conduta incorreta, cujo resultado danoso é fruto da escolha do profissional pela conduta errada, desrespeitando a autonomia da mulher²¹³.

(...) observa-se que os casos de violência obstétrica não podem ser de forma alguma vislumbrados meramente como erro médico, mas devem ser compreendidos como uma violência de gênero.

(...)

E também como um tipo de violência institucional (...)²¹⁴.

Desta forma, tanto na esfera civil quanto na esfera penal, a categorização dos atos deve ser feita de modo cuidadoso, a fim de que se evite a criação de precedentes

²¹³ SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Violência Obstétrica em (des)foco: uma avaliação da atuação do Judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ**. São Luís – MA, 2018. Disponível em <<https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/2159/2/MaianeSerra.pdf>> Acesso em 02 out. 2018. P. 115.

²¹⁴ Ibidem, p. 114.

inadequados às particularidades deste conjunto de ações ofensivas à mulher. Porém, o que se tem visto²¹⁵ é que o sistema de justiça não encara a violência obstétrica como violência institucional e de gênero. Neste sentido, a pesquisa realizada por Beatriz Carvalho Nogueira e Fabiana Cristina Severi²¹⁶ é interessante ponto de partida para esta análise.

Segundo as pesquisadoras, “no período compreendido entre 03.02.15 e 13.02.15, na base de jurisprudência de todos os Tribunais de Justiça do país pelo termo ‘violência obstétrica’ não foi encontrado nenhum resultado”²¹⁷. Em um segundo momento, realizaram uma nova busca apenas nos Tribunais de Justiça da região sudeste, entre os dias 16.02.2015 e 26.02.2015 e entre 20.08.2015 e 24.08.2015, pelo termo “direitos reprodutivos”, novamente sem sucesso²¹⁸.

Através da análise documental de julgados, de 2010 a 2016, Maiane Serra também se deparou com resultados semelhantes ao consultar os sítios eletrônicos do STF e STJ, em busca do termo “violência obstétrica”. O mesmo se deu com o Tribunal de Justiça do Maranhão, estado da pesquisadora, cuja pesquisa foi realizada pela plataforma “JusBrasil”. No entanto, a autora não se deu por satisfeita e buscou por acórdãos que trouxessem palavras caracterizadoras da violência obstétrica, como episiotomia, manobra de Kristeller, cesárea lesão, etc.²¹⁹, chegando ao resultado de três acórdãos na esfera do STF, vinte e sete na esfera do STJ e seis no TJMA²²⁰.

Dos resultados, pode-se concluir que a maioria dos acórdãos tem origem nas regiões Sul e Sudeste (o que coincide com a quantidade de legislações disponíveis nestas regiões, em comparação com as demais), que todos tem como temática a negligência, o

²¹⁵ Os estudos aqui apresentados utilizam-se de dados levantados entre os anos de 2007 e 2016.

²¹⁶ NOGUEIRA, Beatriz C. e SEVERI, Fabiana C. **TRATAMENTO JURISPRUDENCIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA DA REGIÃO SUDESTE**. In: 13º Mundo de Mulheres & Fazendo Gênero 11, 2017. Florianópolis, SC. *Anais do XI Seminário Internacional Fazendo Gênero & 13th. Women's Worlds*. Disponível em: <http://www.wmc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1518015798_ARQUIVO_NOGUEIRA,Beatriz;SEVERI,Fabiana.OtratamentojurisprudencialdaviolenciaobstetricanosTribunaisdeJusticadaregiaoSudeste.pdf> Acesso em 21 fev. 2018.

²¹⁷ Ibidem, p. 5.

²¹⁸ Ibidem, p. 5.

²¹⁹ SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Violência Obstétrica em (des)foco: uma avaliação da atuação do Judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ**. São Luís – MA, 2018. Disponível em <<https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/2159/2/MaianeSerra.pdf>> Acesso em 02 out. 2018. P. 130.

²²⁰ Ibidem, p. 132 e 133.

abuso físico, o abuso verbal, o abuso sexual, o abuso psicológico ou direitos e princípios violados²²¹.

Estes temas se subdividem em vinte e três categorias iniciais, de acordo com as autoras, da seguinte forma:

- a) Negligência: atendimento inadequado, peregrinação por leito, manobra de Kristeller e aplicação de ocitocina;
- b) Abuso físico: tricotomia, lesões físicas e neurológicas do neonato e perda do útero;
- c) Abuso verbal: tratamento verbal grosseiro e humilhante;
- d) Abuso sexual: indiscriminados exames de toque e episiotomia;
- e) Abuso psicológico: abalo anímico;
- f) Direitos e princípios violados: direito à vida, direito à saúde, direitos sexuais e reprodutivos, direito à informação, dignidade da pessoa humana e princípio da autonomia;
- g) Responsabilidade civil (subjéctiva/objectiva): negligência, imprudência e imperícia;
- h) Sanções tipificadas: indenização por danos morais, indenização por danos materiais e indenização por danos estéticos²²².

Diante destes resultados, a autora conclui que:

(...) a ausência de legislação específica que verse sobre a temática agrava a situação, cooperando para que as ações parem sobre a mesma discussão, culminando na subnotificação do ato violador, e consequentemente contribuindo para sua invisibilização e naturalização, uma vez que são formadas jurisprudências ligando a violência obstétrica a uma ação em decorrência de um erro médico e não como uma potencial violência de gênero, culminando para que o fenómeno permaneça silente na esfera do judiciário²²³.

A invisibilidade do tema na esfera jurídica acaba por naturalizar atitudes grotescas, que permanecem julgadas como erro médico, deixando de lado a questão principal: a violência institucionalizada e de gênero. Esta situação gera efeitos práticos muito mais nefastos do que a mera invisibilização do tema, objetificando as mulheres,

²²¹ Anexo XIV.

²²² Anexos X, XI, XII e XIII.

²²³ SERRA, op. cit., p. 140.

que perdem a autonomia de decisão sobre seus corpos, conforme exposto no capítulo anterior.

5 CONCLUSÃO

Com a ascensão da presença da mulher no mercado de trabalho, durante o século XIX, o interesse pelas questões do feminino aumentou. Tal situação não seria diferente no âmbito médico, que delimitou a ginecologia e a obstetrícia enquanto saberes médicos neste período, investigando doenças específicas e desenvolvendo seus respectivos tratamentos.

Dentre as técnicas desenvolvidas, uma grande parte destinou-se à crescente medicalização do parto, gerando dois efeitos: o afastamento das parteiras enquanto únicas detentoras do conhecimento da parturição – com consequente estigmatização delas pela não cientificidade do seu saber – e o deslocamento do protagonismo do nascimento da mulher e do bebê para a equipe médica.

Assim, tomou-se como regra nos partos a posição litotômica ou supina (que facilita a visibilidade e a ação do obstetra); a recomendação de cesarianas, mesmo quando inexistentes as condições clínicas que justificariam sua escolha; o uso de ocitocina para acelerar a dilatação e as contrações; a realização de procedimentos, como a episiotomia, sem o devido consentimento da paciente ou sem informá-la adequadamente da prática; a proibição de acompanhante durante o parto; dentre diversas outras práticas que o tornaram mecânico, programável e ensaiado em detrimento da dignidade da mulher, que passa a ver este momento único como uma traumática experiência.

Para além da perda do protagonismo, constatou-se que não foram raros os casos em que a mulher perdeu por completo a autonomia de decisão sobre seu corpo, sendo impelida à ligação de trompas ou, mais grave, submetida à esterilização durante a cesariana, sem ter consciência de sua realização. O alerta sobre esta situação não é recente e foi o motivador da CPI da esterilização, de 1991, que indicou a esterilização como o método contraceptivo mais utilizado na época, representando 44%. A prática revelou-se intimamente ligada à execução das cesarianas, que eram realizadas frequentemente a fim de que fosse possível a esterilização logo após o parto, mesmo que desconforme com o Código de Ética Médica. Também se notou a existência de maiores índices entre as mulheres com menor grau de instrução e residentes de regiões menos abastadas.

Apesar da exposição destas práticas, as medidas para controle de natalidade continuaram a ser desenvolvidas. No ano de 2006, em Porto Alegre – RS, foi desenvolvido um programa de implantes de contraceptivos hormonais, voltado às adolescentes de 15 a 18 anos de idade, residentes principalmente de regiões periféricas e mais carentes da cidade. O desenvolvimento e a aplicação céleres do programa não foram acompanhados por políticas de planejamento familiar, demonstrando claro interesse higienista e violando direitos humanos, ainda mais grave por se tratarem de pessoas que ainda não tinham atingido suas plenas capacidades para a vida civil.

A última, e mais emblemática, situação analisada durante este trabalho foi a de Janaina, mãe de seis filhos, usuária de drogas, sem a devida assistência médica, jurídica e social, submetida à esterilização compulsória, mediante decisão de ação civil pública proposta contra ela e o Município de Mococa, que deveria realizar o procedimento. Sem oportunidade de contraditório e de uma análise mais apurada dos fatos, Janaina foi submetida à cirurgia de ligação de trompas apesar de sua escolha.

A partir da análise dos estudos realizados entre 2010 e 2012, bem como dos casos apresentados, passou-se ao levantamento de legislações sobre a violência obstétrica, a fim de responder o porquê de, apesar da repercussão e do alcance de casos já observados pelo Estado, continuar existindo um índice tão alto de práticas lesivas às mulheres durante o parto.

Neste levantamento foram encontradas algumas leis genéricas²²⁴ e outras extremamente trabalhadas²²⁵, tanto sobre a violência obstétrica, quanto sobre a humanização do parto. Constatou-se que, apesar de ainda não terem sido aprovados os projetos de lei federais sobre a violência obstétrica, já vigoram no Brasil diversos mecanismos legislativos em prol da Humanização no Parto²²⁶, que possibilitou a

²²⁴ Caso da Lei nº 16.245, de 2017, do Ceará.

²²⁵ Por exemplo, a Lei nº 13.448, de 2017, do município de João Pessoa, e a Lei nº 5.951, de 2017, do município de Caruaru.

²²⁶ BRASIL. **Portaria nº 569**, de 01 de junho de 2000. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 08 ago. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 570**, de 01 de junho de 2000. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 08 ago. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 572**, de 01 de junho de 2000. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0572_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 08 ago. 2018.

produção legislativa de diversos estados sobre a temática. Portanto, não se trata de falta de elaboração das Leis.

Diante disso, foram estudados artigos que analisassem a jurisprudência brasileira, para se constatar a adesão, ou não, da temática nas decisões judiciais. De modo geral, a violência obstétrica permanece aparecendo nos juizados e tribunais como erro médico, apesar de legislativamente já se ter superado esta concepção. Consequentemente, o tema permanece invisível para as mulheres, que permanecem sofrendo caladas, sem saber que é possível exigir seus direitos e que estes traumas não precisam ser silenciados.

Concluiu-se, assim, que o debate sobre a violência obstétrica tem sido de extrema importância para a evolução da proteção dos direitos das mulheres no parto, mas que ainda necessita de ampliação, de melhor aplicabilidade, de maior espaço para divulgação de informações, para que se possa caracterizar corretamente as condutas praticadas, possibilitando sua prevenção ou, em último caso, sua compensação e correção.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. **O Planejamento Familiar no Brasil**. Ecodebate, Rio de Janeiro, RJ, 01 jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ecodebate.com.br/2010/06/01/o-planejamento-familiar-no-brasil-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>> Acesso em 10 out. 2018.

ANDRADE, B. P. e AGGIO, C. de M., **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A DOR QUE CALA**. Londrina. In: Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, UEL, 2014. Disponível em: <www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf> Acesso em 01 jul. 2018.

ARGENTINA. **Lei nº 25.929**, de 25 de agosto de 2004. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf> Acesso em 15 ago. 2018.

ARGENTINA. **Lei nº 26.485**, de 01 de abril de 2009. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf> Acesso em 15 ago. 2018.

ASSIS, J. F. “**NEGRA É COMO COELHO: SÓ DÁ CRIA!**” – **EXISTE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA MULHERES NEGRAS NO BRASIL?**. In: 13º Mundo de Mulheres & Fazendo Gênero 11, 2017. Florianópolis, SC. *Anais do XI Seminário Internacional Fazendo Gênero & 13th. Women's Worlds*. Disponível em: <http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499468879_ARQUIVO_JUSSARAFRANCISCADASSIS-FAZENDOGENERO2017TEXTOCOMPLETO.pdf> Acesso em 21 fev. 2018.

BALOGH, Giovanna. **Santa Catarina aprova lei que libera entrada de doulas nas maternidades**. 18 dez. 2015. Disponível em: <<http://www.maesdepeito.com.br/santa-catarina-aprova-lei-que-libera-entrada-de-doulas-nas-maternidades/>>. Acesso em 29 ago. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 11340, de 07 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11808**, de 07 de abril de 2005. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.104**, de 09 de março de 2015. Brasília, DF. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm>. Acesso em: 08 jul. 2018

BRASIL. **Lei nº 6202**, de 17 de abril de 1975. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6202.htm>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1ª ed.. Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em 08 ago. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 569**, de 01 de junho de 2000. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 08 ago. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 570**, de 01 de junho de 2000. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 08 ago. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 572**, de 01 de junho de 2000. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0572_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 08 ago. 2018.

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. 2005. Ministério da Saúde, Brasília, DF. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>
Acesso em 06 ago. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633/2014**. Disponível em: <
<http://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/resultadoPesquisa?numero=7633&ano=2014&autor=&inteiroTeor=&emtramitacao=Todas&tipoproposicao=%5BPL+-Projeto+de+Lei%5D&data=12/11/2018&page=false>>. Acesso em 01 ago. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.867/2017**. Disponível em: <
http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A94A7B89B809809BEEF0CDB5AEED4EB5.proposicoesWebExterno2?codteor=1574562&filena me=Avulso+-PL+7867/2017>. Acesso em 10 ago. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 8.219/2017**. Disponível em: <
<http://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/resultadoPesquisa?numero=8219&ano=2017&autor=&inteiroTeor=&emtramitacao=Todas&tipoproposicao=%5BPL+-Projeto+de+Lei%5D&data=12/11/2018&page=false>>. Acesso em 08 ago. 2018.

BRASIL, Congresso Nacional. **Relatório Final da comissão parlamentar mista de Inquérito – Relatório nº 2, de 1993**. Brasília, 1993. Disponível em <
<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/85082/CPMIEsterilizacao.pdf?sequence=7>> Acesso em 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília – DF, 3ª ed., 2016. Disponível em: <
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>>. Acesso em 10 ago. 2018.

BRASIL. Senado Federal. **Relatório Final da comissão parlamentar mista de Inquérito – CPMIVCM, de junho de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em <
<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/relatorio-final-da-comissao-parlamentar-mista-de-inquerito-sobre-a-violencia-contras-mulheres>>. Acesso em 30 out. 2018.

CAETANO, André Junqueira. **Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada**. In Revista Brasileira de Estudos de População – REBEP. Rio de Janeiro, v. 31, nº 2, p. 309 – 331, jul/dez 2014. Disponível em < <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/671/650>>. Acesso em 06 out. 2018.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e Políticas do corpo*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2015.

CARUARU (Município). **Lei nº 5951**, de 02 de outubro de 2017. Caruaru, PE. Disponível em: <<https://caruaru.pe.gov.br/wp-content/uploads/2018/06/113-Humaniza%C3%A7%C3%A3o-da-assist%C3%A2ncia-a-mulher-LEI-5.951-de-02.10.2017.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

CEARÁ (Estado). **Lei nº 16245**, de 24 de maio de 2017. Fortaleza, CE. Disponível em: <<https://www2.al.ce.gov.br/legislativo/legislacao5/leis2017/16245.htm>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

CURADO, Marcelo; CRUZ, Márcio. **Investimento direto externo no Brasil: uma análise para o período de alta inflação**. In: Economia e Sociedade, Campinas, v. 21, n. 2 (45), p. 275-300, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ecos/v21n2/a03v21n2>> Acesso em 12 out. 2018.

CURITIBA (Município). **Lei nº 14598**, de 16 de janeiro de 2015. Curitiba, PR. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2015/1459/14598/lei-ordinaria-n-14598-2015->>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

CURITIBA (Município). **Lei nº 14777**, de 22 de dezembro de 2015. Curitiba, PR. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2015/1477/14777/lei-ordinaria-n-14777-2015-altera-os-arts-3-e-4-da-lei-14598-2015-que-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-a-gestante-e-parturiente-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal-visando-principalmente-a-protecao-destas-contr-a-violencia-obstetrica-no-municipio-de-curitiba->>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

DIADEMA (Município). **Lei nº 3363**, de 01 de outubro de 2013. Diadema, SP. Disponível em: <http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313>. Acesso em: 08 jul. 2018.

ESTÂNCIA TURÍSTICA DE RIBEIRÃO PIRES. **Projeto de lei nº 24**, de 07 de agosto de 2013. Disponível em: <<http://camararp.sp.gov.br/Servico/Download/7d632b5a-ae8f-4931-874d-63aac7ebcc82.pdf>> Acesso em 29 ago. 2018.

FIOCRUZ. **NAScer NO BRASIL: INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO**. 2014. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. acesso em 20 ago. 2017.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC. **MULHERES BRASILEIRAS E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICO E PRIVADO**. Agosto de 2010. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf> Acesso em 10 ago. 2018.

HOBBSAWM, Eric. **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991**. Tradução Marcos Santarrita; revisão técnica Maria Célia Paoli. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

JOÃO PESSOA (Município). **Lei nº 13061**, de 01 de julho de 2015. João Pessoa, PB. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pb/j/joao-pessoa/lei-ordinaria/2015/1307/13061/lei-ordinaria-n-13061-2015-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-a-gestante-e-a-parturiente-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal-visando-a-protecao-destas-contr-a-violencia-obstetrica-no-municipio-de-joao-pessoa>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

JOÃO PESSOA (Município). **Lei nº 13448**, de 04 de julho de 2017. João Pessoa, PB. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=357604>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

LEITE, J. C. **A DESCONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO ERRO MÉDICO E SEU ENQUADRAMENTO ENQUANTO VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL E DE GÊNERO**. In: 13º Mundo de Mulheres & Fazendo Gênero 11, 2017. Florianópolis, SC. *Anais do XI Seminário Internacional Fazendo Gênero & 13th. Women's Worlds*. Disponível em: <http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455813_ARQUIVO_A_RTIGOFAZENDOGENERO.pdf> Acesso em 22 fev. 2018.

MARTINS, APV. **VISÕES DO FEMININO: A MEDICINA DA MULHER NOS SÉCULOS XIX E XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 287 p. História e Saúde collection. Disponível em <<https://static.scielo.org/scielobooks/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>>. acesso em 20 out. 2017.

MENDES, G. e VIVIANI, L. **COMO UM JUIZ E UM PROMOTOR DETERMINARAM A ESTERILIZAÇÃO DE UMA MORADORA DE RUA?** Brasília: JOTA. 11 jun. 2018. Disponível em: < <https://www.jota.info/justica/juiz-esterilizacao-moradora-de-rua-11062018>> Acesso em 11 jun. 2018.

NEGRÃO, Télia. **Uma ação Sinérgica por Direitos Reprodutivos: uma história sem fim**. 2012. In: Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.164-176, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/14.pdf>>. Acesso em 02 out. 2018.

NOGUEIRA, Beatriz C. e SEVERI, Fabiana C. **TRATAMENTO JURISPRUDENCIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA DA REGIÃO SUDESTE**. In: 13º Mundo de Mulheres & Fazendo Gênero 11, 2017. Florianópolis, SC. *Anais do XI Seminário Internacional Fazendo Gênero & 13th. Women's Worlds*. Disponível em: <http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1518015798_ARQUIVO_NOGUEIRA,Beatriz;SEVERI,Fabiana.OtratamentojurisprudencialdaviolenciaobstetricanosTribunaisdeJusticadaregiaoSudeste.pdf> Acesso em 21 fev. 2018.

OBSERVATÓRIO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DO CHILE. 2015. Disponível em: <<http://ovochile.cl/ovo-chile-observatorio-de-violencia-obstetrica/>> Acesso em 01 set. 2018.

OBSERVATÓRIO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DO CHILE. **En Menos del 20 de los partos en Chile madre esta 30 minutos con su hijo**. 2015. Disponível em: <<http://ovochile.cl/en-menos-del-20-de-los-partos-en-chile-madre-esta-30-minutos-con-su-hijo/>> Acesso em 01 set. 2018.

OEI. **CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, “CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ”**. 09 jun. 1994. Disponível em <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>> Acesso em 01 ago. 2018.

OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_por.pdf;jsessionid=1DE02CB12B12C3E2C6357F039F26B024?sequence=3> Acesso em 22 abr. 2018.

PARTO DO PRINCÍPIO - Mulheres em rede pela Maternidade Ativa. **FAQ Violência Obstétrica**. Disponível em <<http://www.partodoprincipio.com.br/faq-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica “parirás com dor”**. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 05 abr. 2018.

ROHDEN, Fabíola. **GINECOLOGIA, GÊNERO E SEXUALIDADE NA CIÊNCIA DO SÉCULO XIX**. Horiz. antropol., Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 101-125, jun. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 out. 2017.

SANTA CATARINA (Estado). **Lei nº 17097**, de 17 de janeiro de 2017. Florianópolis, SC. Disponível em: <http://leis.ale.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em: 08 jul. 2018.

SÃO PAULO (Estado). **Projeto de Lei nº 1.130**, de 13 de dezembro de 2017. São Paulo, SP. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000196412>>. Acesso em 08 jul. 2018.

SERRA, Maiane Cíbele de Mesquita. **Violência Obstétrica em (des)foco: uma avaliação da atuação do Judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ**. São Luís – MA, 2018. Disponível em <<https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/2159/2/MaianeSerra.pdf>> Acesso em 02 out. 2018.

SILVA MARCHI, Lillian Ponchio e. **O LUGAS DA VÍTIMA NAS CIÊNCIAS CRIMINAIS – BIOÉTICA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: cifra negra** / Eduardo Saad-Diniz (organizador) - São Paulo: LiberArs, 2017, p. 241-253. Disponível em <<http://www.direitorp.usp.br/wp-content/uploads/2017/01/ebook.O-lugar-da-v%C3%ADtima-nas-ci%C3%A2ncias-criminais.pdf>>. Acesso em 12 set. 2017.

SILVA, Salete Maria da; GONCALVES, C. E.. **Cartografia da Legislação de combate à violência contra a mulher na América Latina: um estudo exploratório**. In: II Simpósio Internacional Pensar e Repensar a América Latina, 2016, São Paulo. Anais do II Simpósio Internacional Pensar e Repensar a América Latina. São Paulo, 2016.

TJSP. Foro de Mococa. **Sentença dos autos nº 1001521-57.2017.8.26.0360**. Juiz: Djalma Moreira Gomes Jr. Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cpopg/show.do?processo.codigo=A00000Q4M0000>>. Acesso em 14 out. 2018.

TJSP. **Apelação nº 1001521-57.2017.8.26.0360. Voto nº 20.073**. Relator: Desembargador Paulo Dimas Mascaretti. DJ: 20.06.2018. Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cposg/search.do?sessionId=B007B3B01BBE7C5BE1EFCB77DD0CA404.cposg3?conversationId=&paginaConsulta=1&localPesquisa.cdLocal=-1&cbPesquisa=NUMPROC&tipoNuProcesso=UNIFICADO&numeroDigitoAnoUnificado=1001521->>

57.2017&foroNumeroUnificado=0360&dePesquisaNuUnificado=1001521-57.2017.8.26.0360&dePesquisa=&uuidCaptcha=>. Acesso em: 14 out. 2018.

TOCANTINS (Estado). **Lei nº 2285**, de 27 de julho de 2018. Palmas, TO. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=365587>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

USP. **EACH comemora 10 anos do curso de Obstetrícia**. São Paulo, 11 nov. 2015. Disponível em: < <https://www5.usp.br/100816/each-comemora-10-anos-do-curso-de-obstetricia/>>. Acesso em 08 jul. 2018.

VELEDA DA SILVA, Susana Maria. **Inovações nas Políticas Populacionais: o planejamento familiar no Brasil**. In: *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, nº 69, 01 ago. 2000. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn-69-25.htm>> Acesso em 10 out. 2018.

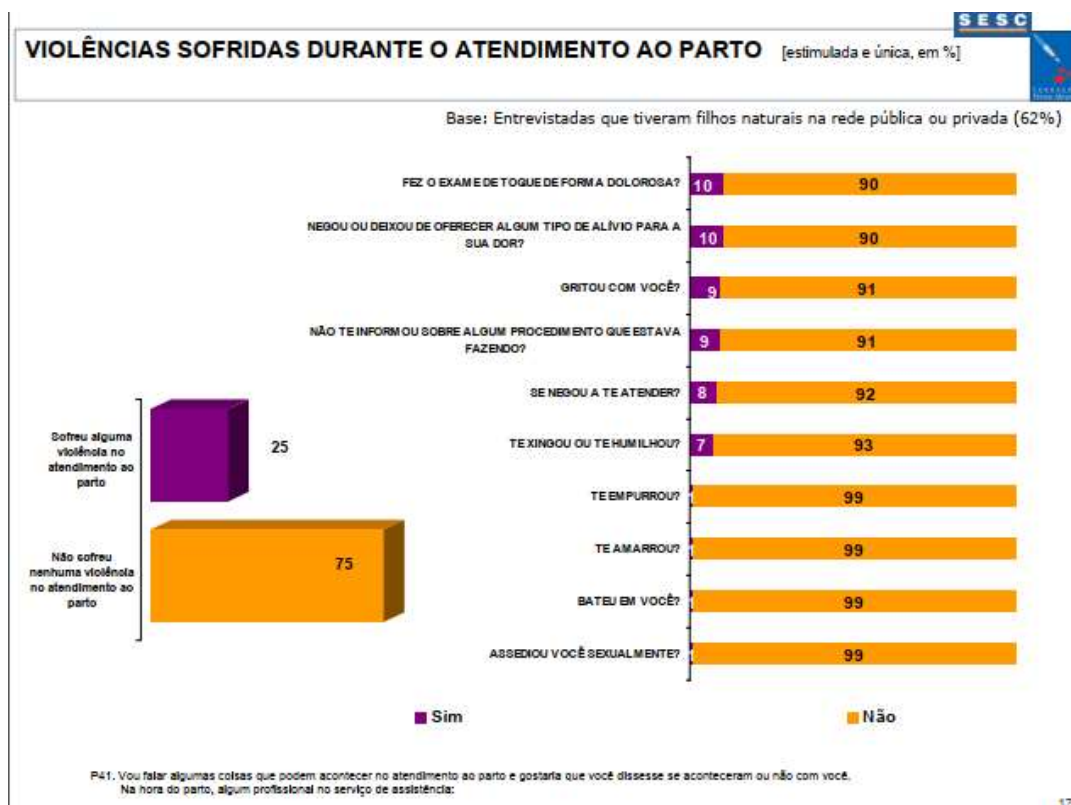
VENEZUELA. **Ley orgânica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violència**. 23 de abril de 2007. Caracas. Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>> Acesso em 15 ago. 2018.

VIEIRA, Oscar Vilhena. **JUSTIÇA, AINDA QUE TARDIA**. São Paulo: Folha de S. Paulo. 09 jun. 2018. Disponível em: < https://www1.folha.uol.com.br/colunas/oscarvilhenavieira/2018/06/justica-ainda-que-tardia.shtml?loggedpaywall#_=_> Acesso em 11 jun. 2018.

VITÓRIA DA CONQUISTA (Município). **Lei nº 2228**, de 04 de junho de 2018. **Diário Oficial Vitória da Conquista Bahia**. 2140. ed. Vitória da Conquista, BA, 07 jun. 2018. v. 11, p. 96-99. Disponível em: <<http://dom.pmvc.ba.gov.br/diarios/previsualizar/q9jMGmNW/96>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

7 ANEXOS

• Anexo I



• Anexo II

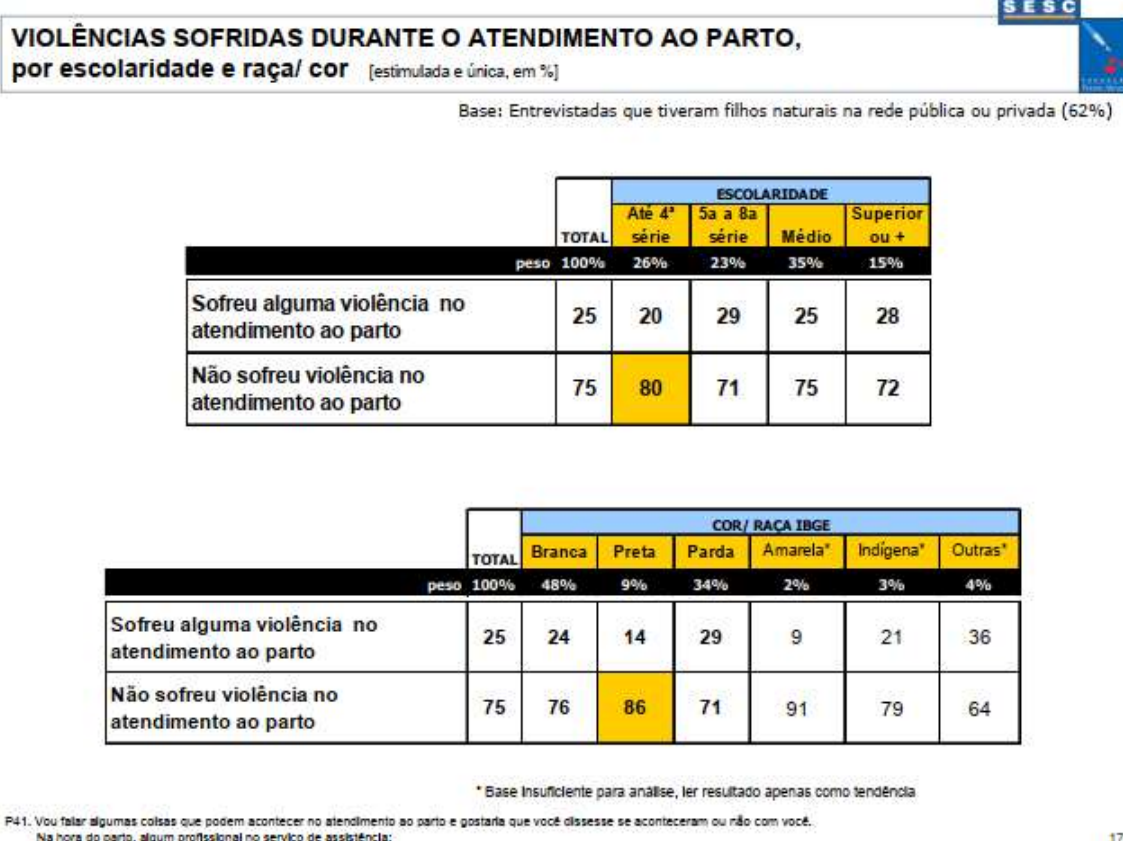
VIOLENCIAS SOFRIDAS DURANTE O ATENDIMENTO AO PARTO, por local do parto e quantidade de filhos [estimulada e única, em %]

Base: Entrevistadas que têm/ tiveram filhos naturais na rede pública ou privada (62%)

	TOTAL	LOCAL DO PARTO			QUANTIDADE DE FILHOS				
		Só na rede pública	Só na rede privada	Em ambas	1	2	3	4 ou 5	6 ou mais
<i>Peso</i>	100%	74%	17%	8%	25%	28%	21%	17%	9%
Sofreu alguma violência no atendimento ao parto	25	27	17	31	27	22	25	29	26
Não sofreu violência no atendimento ao parto	75	73	83	69	73	78	75	71	74

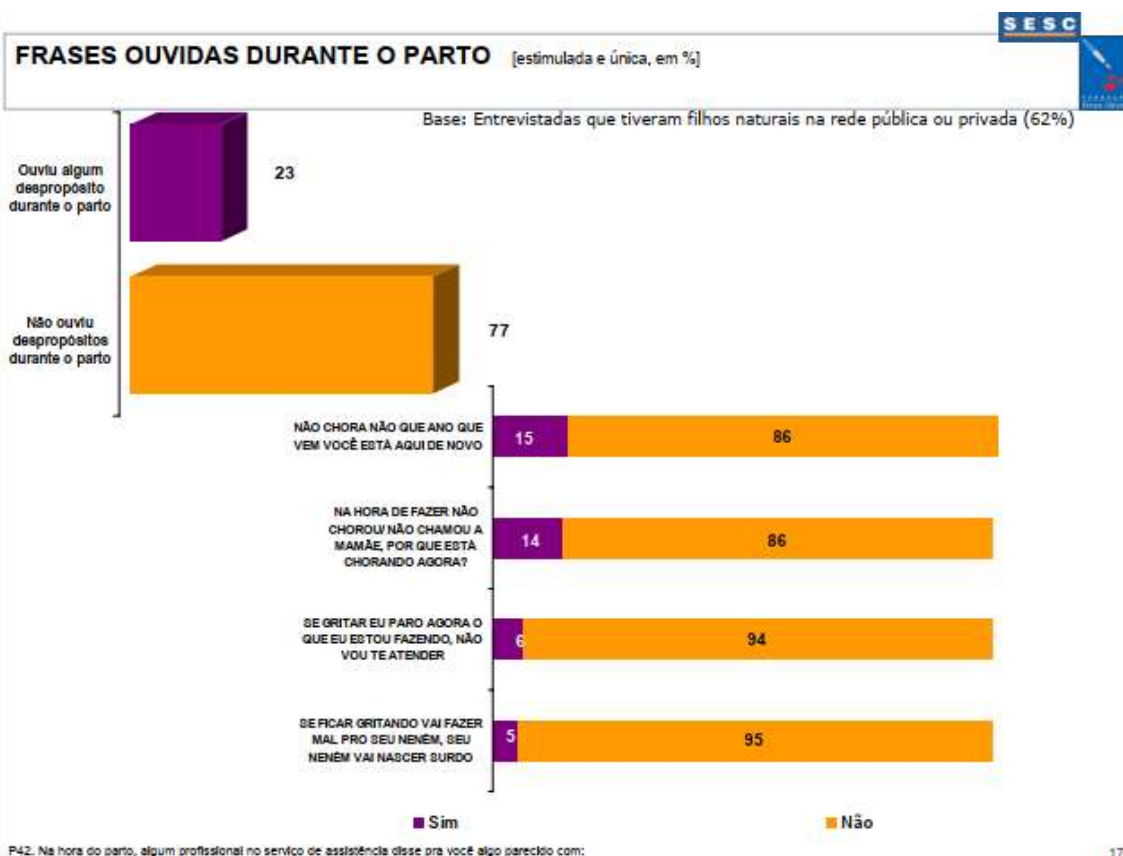
P41. Vou falar algumas coisas que podem acontecer no atendimento ao parto e gostaria que você dissesse se aconteceram ou não com você. Na hora do parto, algum profissional no serviço de assistência:

- Anexo III



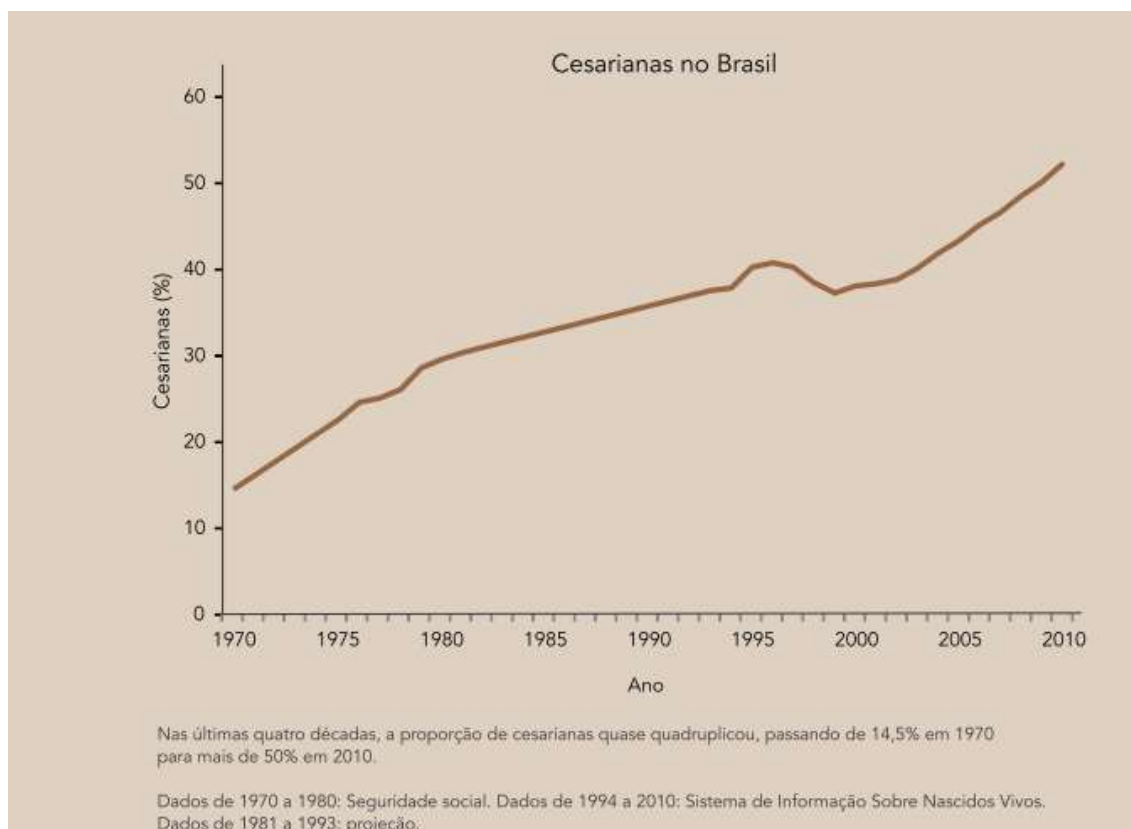
175

- Anexo IV



177

- Anexo V



- Anexo VI

Tipos de parto

	TODAS		Risco obstétrico habitual (ROH)		Não risco obstétrico habitual (NROH)	
	n	%	n	%	n	%
Vaginal sem intervenção	1196	5,0%	763	5,6%	408	4,1%
Vaginal com intervenção	10302	43,1%	6626	48,9%	3520	35,1%
Cesariana com trabalho de parto	4240	17,7%	2359	17,4%	1833	18,3%
Cesariana sem trabalho de parto	8153	34,1%	3810	28,1%	4268	42,5%
Total	23892	100,0%	13558	100,0%	10028	100,0%

Para o total das mulheres, a proporção de cesariana foi de 52%, enquanto apenas 5% fizeram partos vaginais sem nenhuma intervenção. Na comparação entre as mulheres de alto e baixo risco, observa-se uma ligeira diminuição da proporção de cesariana, de 61% para 45%.

- Anexo VII

A incidência de boas práticas no recém-nascido foi baixa e ligeiramente superior no grupo de recém-nascidos "saudáveis". O uso de intervenções após o parto foi muito elevado, mas menos frequente nos recém-nascidos "saudáveis".

Incidência de boas práticas e intervenções realizadas em recém-nascidos – Brasil, 2011-2012

	RN's saudáveis ¹	RN's não saudáveis	Todos os RN's
	%	%	%
Boas práticas			
Contato pele a pele logo após o nascimento ²	28,2	21,3	26,6
Ofereceu o seio na sala de parto	16,1	10,1	14,7
Alojamento conjunto	69,0	46,0	64,2
Mamou na 1ª hora de vida	44,5	26,5	40,9
Intervenções			
Aspiração de vias aéreas superiores	71,0	75,4	71,7
Aspiração gástrica	39,5	44,9	40,4
O inalatório ²	8,8	33,1	13,8
Uso de incubadora	8,7	30,5	13,2

¹ Recém-nascidos a termo, com peso ao nascer ≥ 2500 g, Apgar do 1º minuto ≥ 7 e de gravidez única. Foram critérios de exclusão nascidos de mães HIV positivo, recém-nascido com malformação congênita e necessidade de ventilação com pressão positiva nos primeiros minutos de vida.

² Ficou com o RN no colo ou ofereceu o seio.

• Anexo VIII

Foi baixa a incidência de boas práticas obstétricas nas mulheres de baixo e alto risco. A incidência de intervenções durante o trabalho de parto e parto foi extremamente elevada em ambos os grupos.

	Baixo Risco ¹	Alto Risco	Todas as mulheres
	%	%	%
Presença contínua de acompanhante	19,8	17,8	18,7
Boas práticas durante o TP			
Alimentação	25,6	24,5	25,2
Movimentação	46,3	41,1	44,3
Procedimentos não-farmacológicos para alívio da dor	28,0	24,7	26,7
Uso de partograma	44,2	36,9	41,4
Intervenções durante o TP			
Cateter venoso periférico	73,8	76,7	74,9
Ocitocina	38,2	33,3	36,4
Analgesia epidural	31,5	37,8	33,9
Amniotomia ²	40,7	36,4	39,1
Intervenções durante o parto³			
Litotomia	91,7	91,8	91,7
Manobra de Kristeler	37,3	33,9	36,1
Episiotomia	56,1	48,6	53,5

¹ Mulheres sem história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, não obesas (IMC < 30), HIV negativas com idade gestacional entre 37-41 semanas ao nascer, gravidez única, com feto em apresentação cefálica, com peso ao nascer entre 2500 g e 4499 g e entre o 5º e 95º centil de peso ao nascer por idade gestacional.

² Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização.

³ Apenas para mulheres com parto vaginal.

• Anexo IX

← → ↺ <https://esaj.tjsp.jus.br/cpopg/show.do?processo.codigo=A00000Q4M0000>

Número do Processo: 1001521-57.2017 8.26 0360

Pesquisar



Este processo é digital. Clique aqui para visualizar os autos.

Dados do processo

Processo: 1001521-57.2017.8.26.0360
(Tramitação prioritária)
Classe: Procedimento Comum
Área: Cível
Assunto: Serviços Hospitalares
Distribuição: 02/06/2017 às 14:09 - Livre
2ª Vara - Foro de Mococa
Controle: 2017/001238
Juiz: DJALMA MOREIRA GOMES JUNIOR
Valor da ação: R\$ 1.000,00

Partes do processo

Repte: Ministério Público do Estado de São Paulo
Reqda: Janaina Aparecida Quirino
Reqdo: PREFEITURA MUNICIPAL DE MOCOCA
Advogada: Rosângela de Assis
Advogado: Marcio Curvelo Chaves

Movimentações

Dados dos Autos nº 1001521-57.2017.8.26.0360. Procedimento comum.

• Anexo X

Quadro 3: Formação das categorias intermediárias 1, 2, 3, 4 e 5

Categoria inicial	Conceito norteador	Categoria intermediária
1. Atendimento inadequado	Todas essas categorias designam a falta de cuidado ou de diligência, desleixo, inércia e passividade que podem culminar em uma lesão ao dever de cuidado objetivamente necessário para proteger a vida, um dos mais importantes bens jurídicos.	1. Negligência
2. Peregrinação por leito		
3. Manobra de Kristeller	Designam toda espécie de contato que incida sobre o corpo da parturiente e/ou o neonato de modo a causar dor ou dano físico (de grau leve a intenso), podendo inclusive resultar em morte.	2. Abuso físico
4. Aplicação de ocitocina		
5. Tricotomia		
6. Lesões físicas e neurológicas no neonato	Refere-se a todo contato verbal que se configure como humilhante, ofensivo e causador de ansiedade momentânea na parturiente, o que por sua vez, altera várias condições do parto, inclusive a percepção dolorosa da paciente. Não necessariamente define comprometimento da saúde psicológica da mulher, apesar de causar indignação na mesma.	3. Abuso verbal
7. Perda do útero		
8. Tratamento verbal grosseiro e humilhante	Consiste nas ações que causem violações da integridade sexual e reprodutiva da mulher de modo a interferir no seu controle de exercício da sua sexualidade e da sua capacidade reprodutiva através do abuso da posição de poder e confiança que a paciente deposita no profissional de saúde em um momento de vulnerabilidade.	4. Abuso sexual
9. Indiscriminados exames de toque		
10. Episiotomia	Qualquer comportamento observável, verbal ou não verbal que cause dano emocional ou prejuízo à saúde psicológica da mulher, afetando especialmente sua autoestima, poder de autodeterminação e seu sentimento de segurança básica, além de poderem desencadear sintomas ou quadros psicopatológicos.	5. Abuso psicológico
11. Abalo anímico		

Fonte: SERRA, 2017.

• Anexo XI

Quadro 4: Formação da categoria intermediária 6

Categoria inicial	Conceito norteador	Categoria intermediária
12. Direito à vida	O direito à vida é o mais primordial direito humano, garantindo às parturientes proteção tanto individual, quanto para com o neonato, assegurando-lhes o direito de permanecerem vivos, e também, o direito a uma vida digna.	
13. Direito à saúde	Tal garantia está interligada ao direito à vida, inserindo-se na órbita dos direitos sociais	
14. Direitos sexuais e reprodutivos	constitucionalmente garantidos, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sendo este um elemento essencial à dignidade da pessoa humana. Além disso, demanda a implementação de políticas públicas garantidoras do direito à saúde sexual e reprodutiva.	6. Direitos e princípios violados
	Consiste na liberdade e autodeterminação da mulher, compreendendo o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem discriminação, coerção ou violência.	
15. Direito à informação	Toda pessoa tem direito a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas a serem utilizadas e ou aplicadas ao corpo que lhes pertence, de acordo com sua condição clínica, baseado em evidências científicas e com direito à recusa do tratamento proposto (Portaria do Ministério da Saúde nº 1.820/2009). Além disso, o direito à informação também é previsto na CF/88 e no CDC.	
16. Princípio da dignidade da pessoa humana	Fundamento basilar do Estado Democrático de Direito, visto ser um mandado de otimização dos direitos mínimos inerentes a qualquer ser humano, garantindo a efetividade das garantias fundamentais.	
17. Princípio da autonomia	Ao paciente deve ser dado o poder de tomar as decisões relacionadas ao seu tratamento, segundo sua própria consciência e valores morais.	

Fonte: SERRA, 2017.

- Anexo XII

Quadro 5: Formação da categoria intermediária 7

Categoria inicial	Conceito norteador	Categoria intermediária
18. Negligência	Consiste na omissão, na inércia, no agir com descuido, desatenção ou indiferença, sem tomar as devidas precauções, na inobservância aos deveres assumidos profissionalmente.	7. Responsabilidade civil (subjetiva/objetiva)
19. Imprudência	Consiste na imprevisão do agente em relação às consequências do seu ato ou ação, mediante uma conduta sem a cautela e zelo necessários.	
20. Imperícia	Consiste no desempenho de uma conduta sem o conhecimento prévio necessário, mediante falta de aptidão, prática ou teórica, para a realização da tarefa.	

Fonte: SERRA, 2017.

- Anexo XIII

Quadro 6: Formação da categoria intermediária 8

Categoria inicial	Conceito norteador	Categoria intermediária
34. Indenização por danos morais	Consiste em lesão de bem jurídico extrapatrimonial que se relaciona diretamente com os prejuízos	8. Sanções tipificadas
35. Indenização por danos materiais	ocasionados a direitos da personalidade, cuja violação afeta diretamente a dignidade do indivíduo.	
	Consiste em prejuízo financeiro efetivamente sofrido pela vítima, causando diminuição do seu patrimônio.	
36. Indenização por danos estéticos	Consiste em toda ofensa, ainda que mínima, à integridade física da vítima, que ocorre quando há uma lesão no corpo humano.	

Fonte: SERRA, 2017.

- Anexo XIV

Quadro 7: Formação das categorias finais

Categoria intermediária	Conceito norteador	Categoria final
Negligência Abuso físico Abuso verbal Abuso sexual Abuso psicológico Direitos e princípios violados	A imposição de intervenções que são danosas à integridade física e psíquica das mulheres por profissionais de saúde, mediante a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos, resulta em desrespeito à autonomia da mulher em dispor sobre o seu próprio corpo e sexualidade, violando direitos constitucionalmente garantidos.	Violação à autonomia da mulher de dispor sobre o seu próprio corpo e sexualidade
Responsabilidade civil (subjéctiva/objectiva) Sanções tipificadas	A formação dos profissionais de saúde e dos agentes do sistema de justiça contribui para a naturalização e consequentemente invisibilização da violência obstétrica como um grave problema de saúde pública. Além disso, o sistema judiciário brasileiro apresenta-se como imperito para garantir a efetividade dos direitos básicos das mulheres vítimas de violência obstétrica.	Incapacidades de compreensão do sistema de justiça

Fonte: SERRA, 2017.